UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 87

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ÉPITHÉLIOMA DE L'OREILLE EXTERNE

## (PAVILLON SEULEMENT)

59 Observations du Centre anticancéreux de Bordeaux

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le lundi 27 janvier 1936*

PAR

**André-Francis DUGOUJON**

Ancien Externe (Lauréat) des Hôpitaux
Ex-Interne au Centre anticancéreux

**Né à BORDEAUX (Gironde), le 28 janvier 1911.**

**Examinateurs de la Thèse**

MM. RÉCHOU, professeur ..... *Président*
JEANNENEY, professeur... ..
DESPONS, agrégé ..... *Juges*
WANGERMEZ, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0020

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 87

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ÉPITHÉLIOMA DE L'OREILLE EXTERNE

## (PAVILLON SEULEMENT)

59 Observations du Centre anticancéreux de Bordeaux

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le lundi 27 janvier 1936*

PAR

**André-Francis DUGOUJON**

Ancien Externe (Lauréat) des Hôpitaux
Ex-Interne au Centre anticancéreux

**Né à BORDEAUX (Gironde), le 28 janvier 1911.**

Examinateurs de la Thèse

MM. RÉCHOU, professeur ..... *Président.*
JEANNENEY, professeur... .. } *Juges*
DESPONS, agrégé..... } *Juges*
WANGERMEZ, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1936

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN :** M. MAURIAC.

**ASSESSEUR :** M. LABAT.

**DOYEN HONORAIRE :** M. C. SIGALAS.

**PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

**PROFESSEURS :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. | Zoologie et parasitologie | MANDOUL |
| id. | DUPÉRIÉ. | Médecine expérimentale | AUBERTIN. |
| Clinique chirurgicale | BÉGOUIN. | Clinique ophtalmologique | TEULIÈRES |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | GUYOT. | Clinique chirurg. infantile et orthopédie | ROCHER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARLES. | Clinique méd. des maladies des enfants | CRUCHET. |
| Clinique d'accouchements | ANDÉRODIAS. | Chimie biologique et médicale | DELAUNAY. |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique | SABRAZÈS. | Physique médicale et pharmaceutique | C. SIGALAS. |
| Anatomie | VILLEMIN | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques | BONNIN. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES. |
| Hygiène | LEURET. | Clinique des maladies des voies urinaires | DUVERGEY. |
| Médecine légale et déontologie | LANDE. | Clinique des malad. nerveuses et mentales | ABADIE. |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | RÉCHOU. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Chimie | CHELLE. | Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Hydrologie thérapeutique et climatologie | CREYX. |
| Pharmacie | DUPOUY. | Clinique dentaire | DUBECQ. |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

**AGRÉGÉS EN EXERCICE :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Anatomie | N. | Chirurgie générale | CHARRIER. |
| id. | DUFOUR. | id. | LOUBAT. |
| Physiologie | FABRE. | Obstétrique | RIVIÈRE. |
| Médecine générale | DAMADE. | Ophtalmologie | BEAUMIEUX. |
| id. | PIÉCHAUD. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id. | DELMAS-MARSALET. | Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA |
| id. | DE GRAILLY. | Physique médicale | WANGERMEZ. |
| id. | FONTAN. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie | VITTE. |

**COURS COMPLÉMENTAIRES :**

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Physiologie | FABRE. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS. |
| Médecine opératoire | PAPIN. | Physique médicale et pharmaceutique | WANGERMEZ. |
| Accouchements | RIVIÈRE. | Botanique | GIRARD. |
| Pathologie médicale | DELMAS-MARSALET. | Médecine légale | DERVILLÉE. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Bactériologie | MOUREAU. |
| Pharmacie chimique | VITTE. | | |

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE.

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

## A MON PERE

Vous m'avez toujours montré l'exemple de la droiture et du travail; cet exemple, j'ai toujours essayé de le suivre; puisse cet ouvrage vous récompenser un peu des soucis de votre vie.

---

## A MA MERE

Je ne saurais trouver pour vous aucune dédicace qui satisfasse suffisamment mon amour filial et mon infinie reconnaissance.

---

## A MA FEMME

Vous avez toujours été pour moi la compagne dévouée et tendre des bons et des mauvais jours... Ce travail est autant le vôtre que le mien.

---

## A MA CHERE PETITE JOSETTE

La joie de ma vie.

A MON FRERE ET A SA FAMILLE

---

A MES BEAUX-PARENTS

---

A TOUTE MA FAMILLE

---

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

---

A Monsieur le Docteur LACHAPELE

*Electro-Radiologiste des Hôpitaux,*
*Chef de service au Centre anticancéreux.*

Vous m'avez initié aux méthodes radiothérapiques; vous m'avez toujours traité plus en ami qu'en interne.

De ce que je dois à votre science et à votre amabilité pour moi, je vous remercie de tout cœur.

---

A Monsieur le Professeur agrégé WANGERMEZ

*Electro-Radiologiste des Hôpitaux,*
*Chef adjoint du Service de Radiothérapie et de Curiethérapie*
*au Centre anticancéreux.*

En remerciement de sa si grande bienveillance.

A Monsieur le Professeur F. PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de Médecine opératoire,*
*Chirurgien des Hôpitaux,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

A qui nous adressons nos très vifs remerciements pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé.

A M. le Professeur G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,*
*Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,*
*Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*

Je dois à vos leçons le goût de la précision et de la clarté; je vous en remercie respectueusement.

## A MON MAITRE

### Monsieur le Professeur G. CHAVANNAZ

*Professeur honoraire de Clinique chirurgicale,*
*Correspondant national de l'Académie de Médecine*
*et de la Société de Chirurgie de Paris,*
*Officier de la Légion d'honneur,*
*Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Mon cher Maître,

J'ai eu le bonheur de commencer mon externat dans votre service et celui de terminer ma médecine près de vous. C'est à vous que je dois ce sujet de thèse, ainsi que la plus grande part de mes connaissances médicales.

J'ai appris aussi près de vous à honorer les qualités du cœur autant que celles de l'esprit. Soyez-en respectueusement remercié.

## A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

### Monsieur le Professeur G. RECHOU

*Professeur d'Electro-Radiologie et de Clinique d'électricité médicale,*
*Directeur du Centre régional de lutte contre le cancer*
*de Bordeaux et du Sud-Ouest,*
*Docteur ès Sciences,*
*Chevalier de la Légion d'honneur,*
*Croix de guerre,*
*Officier de l'Instruction publique.*

Vous m'avez prodigué vos conseils si bienveillants, vous me faites le grand honneur de présider aujourd'hui ma thèse; je vous en remercie de tout cœur et très respectueusement.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ÉPITHÉLIOMA DE L'OREILLE EXTERNE

(PAVILLON SEULEMENT)

59 Observations du Centre anticancéreux de Bordeaux

## INTRODUCTION

Alors que nous étions interne de M. le Docteur Lachapèle, au Centre anticancéreux de Bordeaux, si remarquablement dirigé par M. le Professeur Réchou, M. le Professeur Chavannaz voulut bien attirer notre attention sur cet épithélioma du pavillon de l'oreille dont il nous fut donné d'observer quelques exemples pendant le trop court séjour que nous fîmes au Centre anticancéreux.

Le puissant courant de malades de ce Centre nous a permis d'en étudier un assez grand nombre d'observations. De notre étude nous avons volontairement éliminé celles qui étaient trop incomplètes, et nous avons publié les autres en les résumant le plus possible, afin d'en extraire ce qui nous intéressait plus particulièrement, tout en leur conservant leur individualité clinique et thérapeutique. Il nous eût été plus facile et plus rapide de nous contenter de dresser des tableaux des divers cas et de leur traitement, mais nous

n'aimons pas beaucoup cette répartition en colonnes, qui fait rentrer sous la même rubrique, en forçant un peu, des cas cliniques parfois assez éloignés, et qui assimile des traitements qui ont été dosés souvent fort différemment. Nous avons jugé préférable de publier l'observation, de conserver au malade et à son affection leur individualité propre, variant avec chaque cas, et de préciser dans les détails ce qui a été fait au point de vue thérapeutique : par exemple, le protocole succinct mais complet de la radiothérapie lorsque la radiothérapie a été appliquée, de même pour la curiethérapie et la chirurgie.

Ce travail, nous l'eussions voulu plus parfait, nous nous sommes heurté dans la recherche des malades à des difficultés nombreuses : dispersement des malades, le Centre anticancéreux de Bordeaux drainant des départements parfois très éloignés, changements d'adresses, décès fréquents, s'expliquant : par la malignité de l'affection et aussi par l'âge de la plupart des sujets atteints d'épithélioma du pavillon de l'oreille. Il nous a souvent été impossible de préciser la cause de ce décès, la personne défunte vivant souvent seule, on n'a pas pu obtenir l'adresse de ses parents, etc. Nous nous sommes, de plus, trouvé quelquefois en présence d'observations ayant trait à des malades qui avaient été adressés au Centre par des chirurgiens ou des spécialistes et qui, évidemment, ont perdu de vue leur client. Parfois, enfin, le médecin traitant lui-même n'a pu, malgré son bon vouloir, nous donner les renseignements demandés. Il s'agissait, en effet, de sujets décédés depuis plusieurs années quelquefois, et le médecin traitant avait évidemment loin de sa mémoire la documentation qui eût pu nous être utile. Dans quelques cas même, le médecin traitant n'était plus le même, ce qui n'était pas pour faciliter nos recherches. Quoi qu'il en soit, si ce modeste travail peut apporter quelques renseignements aux travailleurs infatigables qui luttent contre ce fléau redoutable qu'est l'épithélioma du pavillon de l'oreille, nous serons satisfait et nous nous jugerons payé de notre peine.

## HISTORIQUE

L'épithélioma du pavillon de l'oreille a peu préoccupé les anciens auteurs. En 1804, Fisher en donne la première description. Puis ce sont : celles de Kramer, en 1848, dans son *Traité des maladies des oreilles;* de Sédillot, à l'Académie des sciences, le 25 juillet 1859; de Velpeau, en 1864; de Demarquay, en 1869, dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 114, année 1869); de Bouisson, la même année, dans le *Montpellier médical;* de Bonnafont, en 1873, dans son *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Malgré les écrits de Duplay, en 1875 (*Traité de pathologie externe*, t. 4, p. 35), et de John Roosa, en 1876, la question reste très obscure. Ce n'est réellement qu'en 1879, avec la thèse de Lafargue, où sont réunies des observations dues aux Professeurs Lannelongue et Chalot, que l'épithélioma du pavillon de l'oreille est sérieusement étudié, sous l'inspiration du Professeur Gosselin.

Dès lors, les thèses et les articles se succèdent. Nous ne citerons que les principaux écrits, renvoyant pour le reste à notre bibliographie. Ce sont : les thèses de Treillet, en 1882; de Weisberg (Munich, 1908); de Cuvillier, en 1913; de Vandier, en 1922; le beau travail de Manuel Corte-Réal, dans *Arquivo de pathologia de Lisboa*, en 1932; la thèse de Sobel, en 1933; enfin, le travail de statistique récent de Félix Cortial, en 1935, inspiré par M. le Professeur Léon Bérard.

## FREQUENCE

L'épithélioma du pavillon de l'oreille passe pour être une affection rare; seuls, deux auteurs anciens, Troeltsh (*Traité pratique des maladies des orèilles*, 1870) et Bonnafont (*Traité pratique et théorique des maladies des oreilles*, 1873), considéraient les cancers du pavillon comme « pas très rares). C'est également l'avis de Treillet, qui devait écrire plus tard « l'épithélioma de l'oreille serait moins rare qu'on le dit ». Tous les autres auteurs s'accordent pour en proclamer le manque de fréquence. Weber, sur 211 observationss de cancers cutanés, en rencontre 1 seul à l'oreille contre 128 à la lèvre inférieure, 12 à la lèvre supérieure, 12 au nez et 2 au menton.

Harrison, dans ses statistiques comparées des maladies des oreilles, en rencontre 1 seul cas sur 190 observations. Kramer en cite 5 cas sur 20.000 observations de maladies des oreilles. Bezold, 7 sur 20.468. Retrouvey dit n'en connaître que 150 cas environ. Cuvillier écrit, en 1913 (en englobant tous les cancers de l'oreille, externe, moyenne et interne) : « On trouve actuellement dans la littérature à peu près une centaine de cas de cancer de l'oreille. Vandier, en 1922, n'en réunit que 61 cas, en apportant seulement 4 observations nouvelles. Sekaulich, faisant la statistique des malades traités dans le service du Professeur Moure de 1885 à 1925, ne trouve que 14 cas de cancer du pavillon, soit 1,35 p. 100... »

Il semble, cependant, que l'affection soit, en réalité, moins rare qu'on le dit, puisque Félix Cortial, en 1935, en étudie 42 observations, recueillies à la Clinique chirurgicale et au Centre anticancéreux de M. le Professeur Léon Bérard et que la très riche documentation du Centre anticancéreux de Bordeaux nous permet d'en publier 59 observations inédites.

## ETIOLOGIE

Si l'on étudie les conditions étiologiques favorisant l'apparition de l'épithélioma du pavillon de l'oreille, on est d'abord frappé par le rôle de l'âge.

Les anciens auteurs l'avaient déjà remarqué : le malade de Demarquay avait 70 ans, celui de Bouisson, 58 ans, celui de Lannelongue, 58 ans, celui de Chalot, 62 ans.

Dans le travail le plus récent portant sur la question (thèse Félix Cortial), on note, sur 42 cas :

De 30 à 40 ans, 1 cas;
De 40 à 50 ans, 3 cas;
De 50 à 60 ans, 4 cas;
De 60 à 70 ans, 17 cas;
De 70 à 80 ans, 13 cas;
Plus de 80 ans, 4 cas.

Dans nos observations, nous constatons :

A 37 ans, 1 cas;
De 40 à 50 ans, 0 cas;
De 50 à 60 ans, 11 cas;
De 60 à 70 ans, 13 cas;
De 70 à 80 ans, 26 cas;
De 80 à 90 ans, 6 cas;
A 95 ans, 1 cas.

Il apparaît donc un maximum très net de 50 à 80 ans.

En ce qui concerne le sexe, les hommes sont beaucoup plus fréquemment frappés que les femmes, malgré que l'on ait pu, autrefois, écrire le contraire, en invoquant à l'appui le rôle irritant du port des boucles d'oreille.

Déjà Lafargue, en 1879, dans sa thèse, note cette prédo-

minance du sexe masculin, et, sur 9 malades, il ne compte qu'une femme.

Depuis, tous les auteurs sont d'accord sur cette question, et l'on a invoqué, pour expliquer la plus grande fréquence de l'épithélioma du pavillon chez l'homme, le fait que ce dernier est plus exposé que la femme aux intempéries, aux traumatismes, aux irritations locales. Quoi qu'il en soit, dans nos observations, on trouve 42 hommes pour 17 femmes.

La profession joue également d'une manière aussi nette. Nous remarquons, en effet, que, si l'on excepte 17 cas où l'on n'a pas pu mettre en relief de profession définie, les métiers les plus frappés sont :

Cultivateurs, 24 cas;
Marins, 3 cas;
Bonnes à tout faire et femmes de journées, 3 cas;
Jardiniers, 2 cas;
Charpentiers, 2 cas;
Maçons, 2 cas;
Cantonnier, 1 cas;
Employé des tramways, 1 cas;
Manœuvre, 1 cas;
Epicier, 1 cas;
Représentant de commerce, 1 cas;
Employé de commerce, 1 cas.

On voit donc que les professions manuelles sont presque exclusivement frappées et que, dans celles-ci, les professions paysannes sont de loin les plus sujettes à l'épithélioma de l'oreille.

En effet, dans nos 59 cas, nous trouvons 24 cultivateurs ( dont 1 vacher et 1 résinier), et nous pourrions y ajouter les 2 jardiniers, ce qui nous donnerait 26 cas.

Quelle est l'oreille le plus fréquemment atteinte ? Certains auteurs ont prétendu que c'était l'oreille droite, avec, pour cause, l'action de se gratter avec l'auriculaire droit...

Krestchmann, sur 16 cas de néoplasmes de l'oreille, en

cite 11 à droite; pourtant Cuvillier, en 1913, et qui rapporte la statistique de Kretschmann écrit déjà : « Il semble qu'il y a là une simple coïncidence... nos recherches ne semblent pas prouver cette prédominance à droite... nous avons trouvé dans les observations un nombre sensiblement équivalent de malades atteints de l'oreille gauche. »

Pour nous, nous constatons dans nos observations une prédominance très marquée de l'oreille gauche. En effet, nous nous trouvons en face d'une proportion de cet ordre :

Malades atteints d'épithélioma de l'oreille gauche, 60 p. 100;
Malades atteints d'épithélioma de l'oreille droite, 40 p. 100,

soit 3 à gauche pour 2 seulement à droite.

Quelle est la localisation de l'épithélioma au niveau de l'oreille ?

Pour Politzer, le siège le plus fréquent est l'hélix. C'est également l'avis de la plupart des auteurs. Il siégerait sur le lobule 4 fois sur 30 d'après Wiessberger.

La statistique de l'Institut du radium de Paris nous donne :

Tragus et région prétraguienne, 8 cas;
Région rétro-auriculaire, 9 cas;
Face interne du pavillon de l'oreille, 13 cas;
Face externe du pavillon de l'oreille, 24 cas;
Limbe de l'oreille, 10 cas;
Conduit auditif externe, 8 cas;
Fond du sillon (lésion circonscrivant le pavillon dans sa totalité), 2 cas;
Totalité du pavillon de l'oreille, 5 cas.

La statistique de Lyon fournit :

Lobule, 6 cas;
Tragus, 6 cas;

Sillon auriculo-mastoïdien, 2 cas;
Hélix, 4 cas;
Cancer du pavillon proprement dit, 17 cas.
Cancer total du pavillon, 7 cas.

En ce qui nous concerne, nous avons noté :

Région rétroauriculaire, 15 cas;
Région préauriculaire, 15 cas;
Anthélix, 10 cas;
Hélix, 10 cas;
Lobule, 3 cas;
Orifice externe du conduit auditif, 3 cas;
Antitragus, 2 cas;
Un cas double pré et rétroauriculaire.

Bien entendu, nous avons essayé de déterminer la chose intéressante : savoir l'endroit où la lésion a commencé, car, lorsqu'elle est assez vaste, elle envahit plusieurs régions diverses.

Pour ce qui est des facteurs étiologiques autres que l'âge, le sexe, la profession, ils sont bien moins connus. Le rôle de l'hérédité, en particulier, n'a pu nous donner, malgré que nous l'ayons étudié avec soin, que des renseignements de valeur quasi nulle. Les dyskératoses jouent certainement un très grand rôle : nombreux sont les cancers du pavillon qui se développent sur des crasses séniles : ce qui explique que dans quelques-unes de nos observations le malade était porteur à la fois d'épithélioma du pavillon et d'autres parties de la face. Les vieilles cicatrices, le lupus, les vieilles otorrhées, les affections générales exanthématiques même, ont été accusés de favoriser l'éclosion de l'épithélioma du pavillon de l'oreille. En ce qui concerne le lupus et les cicatrices, il existe des observations probantes; pour le reste, c'est beaucoup plus discutable.

Un facteur sur lequel nous voudrions attirer l'attention,

car il n'a peut-être pas été signalé come il l'aurait mérité, c'est l'influence du traumatisme, qui pourrait jouer un rôle sinon producteur du moins localisateur, en tout cas sûrement aggravateur de l'épithélioma du pavillon de l'oreille. Cette notion de traumatisme ancien ou plus ou moins récent est retrouvée chez beaucoup de malades, mais ici, quelque prudence s'impose : les malades ont une tendance abusive à vouloir rattacher à un traumatisme le mal qu'ils présentent et souvent ils créent inconsciemment de toutes pièces des relations de cause à effet qui n'ont vraisemblablement jamais existé. Cependant il est des cas où le traumatisme a joué un rôle important et indiscutable, où la plaie a quelquefois fait le lit du cancer, souvent accéléré sa marche. Tel ce malade qui reçut un coup de corne sur sa lésion épithéliomateuse du pavillon déjà traitée et chez qui, dès ce moment-là, l'affection prit une marche d'une extrême rapidité (obs. IX). Tel cet autre chez qui un traumatisme amena également une poussée évolutive très nette (obs. XX); celui-ci chez qui l'épithélioma se développa sur une petite écorchure résultant d'un accident (le malade avait eu la tête prise dans une porte [obs. XXV]); celui-là qui eut une oreille gelée (obs. XXVI) et chez qui il se développa par la suite un épithélioma sur la légère plaie envenimée consécutive à la gelure; cet autre (obs. XXXI) où l'épithélioma du pavillon succéda à un abcès de la même région; ces trois observations, enfin, où l'épithélioma du pavillon succéda à une écorchure par un morceau de bois (obs. LV), à une coupure du tragus (obs. LIX), à une déchirure du pavillon sur une petite nodosité, vraisemblablement déjà néoplasique qui reçut en tout cas au moins un coup de fouet. Dans les cas où le traumatisme a précédé le cancer, il n'a vraisemblablement été que la cause occasionnelle, celle qui crée la petite croûte sur laquelle le malade s'acharne, qu'il arrache et qui, d'irritation en irritation, donne l'ulcération néoplasique. Quoi qu'il en soit, le rôle du traumatisme nous a paru devoir mériter qu'on y insiste un peu.

Quelle est la nature anatomo-pathologique de l'épithélioma du pavillon de l'oreille ?

Tous les auteurs sont d'accord pour souligner la fréquence très grande de la forme spino-cellulaire, et l'on a longtemps expliqué les échecs du traitement radiothérapique de l'épithélioma du pavillon par la radiorésistance des formes spino-cellulaires. C'est une notion à réviser, les formes spino-cellulaires sont, en effet, les plus fréquentes, mais la gravité de l'épithélioma du pavillon de l'oreille ne vient pas de sa nature histologique, les insuccès radiothérapiques s'expliquent par les difficultés techniques rencontrées à ce niveau; comme nous le verrons lorsque nous parlerons du traitement, ils viennent aussi des métastases ganglionnaires, si fréquentes au cours de l'évolution de cet épithélioma. Comme le disait le Professeur W. Dubreuilh à la Société de chirurgie de Bordeaux, en mars 1922 : « Au point de vue thérapeutique des épithéliomas du pavillon de l'oreille, la différenciation en baso ou spino-cellulaire est illusoire et l'on a des surprises dans l'un et l'autre cas ».

Dans nos observations, la forme spino-cellulaire s'est rencontrée trois fois plus fréquemment que la forme baso-cellulaire, et huit fois plus souvent que le type intermédiaire, les examens histologiques ayant été pratiqués par M. le Professeur Sabrazès.

## ETUDE CLINIQUE

En ce qui concerne l'étude clinique de l'épithélioma du pavillon de l'oreille, nous serons bref. En effet, dans les 59 observations que nous présentons, on trouvera les exemples des aspects variés que peut revêtir ce cancer mieux que dans l'aridité d'une description théorique. Il est cependant certains points sur lesquels nous croyons devoir insister.

En premier lieu, si l'on distingue classiquement trois formes :

1° tumorale,
2° ulcéreuse,
3° bourgeonnante,

cette classification, le plus souvent, ne correspond pas à l'aspect clinique de la lésion que l'on a sous les yeux. En effet, la forme tumorale de l'épithélioma du pavillon est rare, ou, plus exactement, on la rencontre rarement, car c'est la forme de début. Cette petite tumeur indurée, proéminente, recouverte d'une peau amincie, ne tarde pas à s'ulcérer, et, lorsque le malade vient consulter son médecin, ce stade est dépassé, on se trouve en face de l'ulcération néoplasique avec ses caractères typiques. Cette ulcération, du reste, est minime au début, elle se recouvre d'une petite croûte que le malade arrache, la croûte se reforme, le malade la soulève à nouveau, l'ulcération grandit; le malade s'acharne, l'absence de signes fonctionnels le rassure, ce n'est pas dangereux, puisqu'il ne souffre pas... Le mal progresse, l'ulcération, entourée d'un bourrelet saillant à bords éversés ou taillés à pics, s'associe souvent à la forme bourgeonnante, pour donner la forme mixte, de beaucoup la plus fréquem-

ment rencontrée en clinique : la forme ulcéro-bourgeonnante. Le fond de l'ulcération laisse voir un aspect bourgeonnant souvent, saignant facilement toujours. Il est induré. La lésion est d'étendue très variable, la pression en fait sourdre des vermiothes, elle croît en surface mais aussi en profondeur, elle s'infecte, elle peut s'accompagner de perte de substance considérable, le tout s'échelonnant sur des mois, sur des années, ce qui a pu faire parler si faussement de la bénignité de l'épithélioma du pavillon. C'est un cancer à évolution lente, surtout à son début, mais à marche trop souvent inexorable. La douleur spontanée est très tardive, rarement très intense, pourtant quelquefois intolérable, comme dans l'observation LIX; la douleur provoquée est beaucoup plus fréquente. L'état général est très tardivement touché : on est étonné de voir des malades porteurs de vastes ulcérations parfois même très infectées et qui conservent pendant très longtemps un état général excellent, sans amaigrissement, avec un très bon appétit.

La lecture des observations qui suivent en fournira la preuve.

## PRONOSTIC — EVOLUTION — COMPLICATIONS

L'épithélioma du pavillon de l'oreille est parmi les plus graves des cancers cutanés. Il est grave parce qu'il envahit rapidement des régions importantes de l'organisme, par suite de sa situation juste au-dessus d'un plan osseux, mais il est grave surtout parce que, quel que soit le traitement instauré, il récidivera le plus souvent, soit *in situ*, soit, beaucoup plus fréquemment, au niveau d'une métastase ganglionnaire. Quoi qu'on en ait pu écrire, le pronostic de l'épithélioma de l'oreille est très sombre, quel que soit le traitement employé.

Ce pronostic est évidemment fonction de l'âge de la lésion; il est bien certain qu'un épithélioma pris au début, alors qu'il est encore très localisé, qu'il ne s'accompagne pas d'adénopathies, au moins cliniquement perceptibles, aura plus de chances qu'un autre de guérir. Mais, même dans ces cas-là, même avec l'intervention chirurgicale très large, même avec la radiothérapie scientifiquement utilisée et surveillée, même avec la curiethérapie, en un mot, quelle que soit la méthode thérapeutique appliquée, les récidives sont excessivement fréquentes... La prétendue bénignité des cancers du pavillon est un mythe. Les auteurs qui ont pu croire à cette bénignité se sont basés sur les résultats immédiats du traitement instauré, sans suivre leur malade assez longtemps, car l'épithélioma du pavillon évolue lentement autant que sûrement, et les périodes de guérison apparente de plusieurs années même ne sont pas rares : il en existe dans nos observations.

Ce sombre pronostic est fonction, enfin, de l'âge du malade. Mais si, théoriquement et réellement, l'épithélioma

du pavillon de l'oreille est plus grave chez le jeune, il est un contrepoids à cet axiome. En effet, le sujet âgé supportera moins bien que le jeune le choc d'un traitement chirurgical large, c'est-à-dire le seul qui pourrait être efficace, ou d'un traitement radiothérapique un peu poussé.

Enfin, nous nous sommes déjà expliqué sur la valeur que l'on devait attribuer, au point de vue du pronostic, à la forme histologique. L'étude du résultat des méthodes thérapeutiques utilisées chez nos malades, ainsi que ceux exposés dans les travaux les plus récents sur la question, nous prouvera la gravité de l'épithélioma du pavillon de l'oreille.

Ce pronostic sombre s'explique par son évolution et ses complications. L'évolution se fait en surface, l'ulcération envahissant le cartilage, la peau, les régions voisines, le conduit auditif externe, qui s'obture, ce qui amène une gêne de l'ouïe, la parotide, avec paralysie faciale périphérique, l'articulation temporo-maxillaire, avec gêne de la mastication, la région zygomatique, la fosse temporale, la mastoïde, le cou...

En même temps que la lésion s'étend en surface, elle gagne en profondeur; elle envahit le cartilage, le conduit auditif externe, l'oreille moyenne, comme nous en avons des exemples, l'oreille interne, la mastoïde, le muscle temporal, l'orbite, la paroi postérieure du frontal, l'aile du sphénoïde, etc.; avec toutes les complications redoutables qui suivent ces envahissements : hémorragies par ulcération de la carotide interne ou du sinus transverse, méningite, infection des vastes surfaces suppurantes, cachexie, etc.

Dans un cas (obs. XXX), le malade est mort après avoir présenté des convulsions épileptiformes et une paralysie unilatérale de la face, de la langue, du voile du palais, du larynx, consécutive à une atteinte des nerfs de la base du crâne par le néoplasme.

Enfin, l'épithélioma du pavillon de l'oreille peut progresser par métastases : métastases par petits nodules cutanés voisins de la lésion initiale, assez fréquentes; métastases

lointaines exceptionnelles, mais de beaucoup les plus fréquentes, métastases ganglionnaires qui sont pour une grande part dans la gravité de cet épithélioma.

Les adénopathies se rencontrent, en effet, cliniquement, dans toutes les formes un peu avancées d'épithélioma du pavillon. Sur nos 59 observations, il en existait dans 21 cas...

Pour comprendre la localisation et la gravité de ces adénopathies, il convient d'étudier les lymphatiques du pavillon.

Classiquement, ils se jettent dans des ganglions situés en avant du tragus, le long du prolongement antérieur de la glande parotide, ces ganglions étant, les uns superficiels, les autres profonds, en pleine parotide, recouverts par des lobes de la glande. Il existe également des ganglions mastoïdiens et quelquefois des ganglions le long des vaisseaux temporaux superficiels.

Enfin, les lymphatiques viennent se jeter dans les ganglions supérieurs de la chaîne latérale du cou.

Il en est de même pour le conduit auditif externe.

Puis les lymphatiques descendent au niveau de la chaîne carotidienne, certains suivant le sterno-cléido-mastoïdien.

Pour Most, aucun lymphatique du conduit ne se rendrait aux ganglions mastoïdiens.

Arnauld a fait une étude très serrée des lymphatiques du pavillon de l'oreille, et il décrit, dans les *Annales d'anatomie pathologique*, en 1926, trois voies :

1° Une voie antérieure, existant 15 fois sur 20, qui aboutit au ganglion préauriculaire, puis aux ganglions intraparotidiens, avec quelques collecteurs les unissant au ganglion sous-digastrique;

2° Une voie moyenne, comprenant un ou deux collecteurs horizontaux, longeant le bord inférieur du conduit de dehors en dedans, et se jetant dans les ganglions parotidiens profonds;

3° Enfin, une voie postérieure, qui comprend deux collecteurs :

Le premier longeant l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, et descendant parallèlement aux fibres musculaires, puis, s'infléchissant, avec un petit relais ganglionnaire à ce niveau, et traversant obliquement le muscle, pour apparaître à la face profonde, en face du ventre postérieur du digastrique. Après s'être arrêté à deux ou trois ganglions sous-sterno-mastoïdiens postéro-externes, ce collecteur se déverse dans le ganglion jugulaire situé immédiatement au-dessous du ventre postérieur du digastrique. Il y a parfois même (3 cas sur 20) un efférent partant de ce ganglion, pour se rendre au ganglion rétrostylien, et parfois (2 cas sur 20) un efférent, qui va au ganglion rétropharyngien correspondant.

Le second collecteur de la voie postérieure part du bord inférieur du conduit auditif, gagne le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et se déverse dans un ganglion situé entre le bord antérieur de ce muscle et les lobules parotidiens inférieurs.

Un efférent de ce ganglion descend et aboutit au ganglion sous-digastrique signalé plus haut.

Pour l'aborder, le collecteur passe soit en dehors, soit en dedans du muscle, soit même en dedans de l'apophyse styloïde.

Tels sont les résultats des études d'Arnauld. Ceci nous explique les adénopathies de l'épithélioma du pavillon de l'oreille. Ces adénopathies présentent évidemment les caractères des adénopathies cancéreuses : d'abord dures, mobiles, indolores, puis se fixant et s'ulcérant secondairement.

Mais ce qui est important, c'est que même si, cliniquement, on ne trouve rien, les ganglions peuvent être tout de même pris, et le sont souvent. On en a la preuve si on suit l'évolution de la maladie. Le plus souvent, le malade est porteur d'une petite lésion de l'oreille; on ne trouve pas d'adénopathie. L'ablation du pavillon est pratiquée. Le malade revient quelques mois après : *in situ*, tout va bien, en général, mais il est apparu des ganglions néoplasiques.

## OBSERVATIONS

### Observation I.

C... (Jean), 59 ans.

L'affection débute, en 1931, par l'apparition de petites croûtes blanchâtres siégeant à la partie supérieure du pavillon, croûtes que le malade arrache au fur et à mesure de leur apparition.

A l'examen, le 3 novembre 1932, on constate une ulcération allongée dans le sens vertical, surmontée de croûtes suintantes des dimensions d'une pièce de 1 franc et envahissant l'anti-tragus.

La biopsie répond : Epithélioma spino-cellulaire.

*Traitement :* Ablation du pavillon de l'oreille droite au bistouri électrique, le 4 novembre 1932, suivie d'un traitement radiothérapique sous 200 kV, 4 mA, la distance étant de 40 cm., la filtration de 2 Cu + 1 Al, le champ étant cervical et auriculaire droit de 15 × 15 cm., la dose reçue de 3.000 r en 10 séances de 30 minutes.

Malgré ce traitement, il se produit une récidive *in situ* avec volumineuse ulcération au niveau de l'orifice du conduit auditif externe et adénopathies rétromastoïdienne et sous-maxillaire droite.

Le malade, transféré à l'isolement, y meurt.

### Observation II.

D... (Pierre), 73 ans. Jardinier.

Le 4 avril 1933, on note à l'examen une tumeur de volume d'une noix, siégeant à l'union du bord supérieur et du bord postérieur du lobule de l'oreille, de couleur violacée à la base, blanc grisâtre au sommet, adhérente aux plans sous-jacents s'accompagnant d'une adénopathie mastoïdienne, angulo-maxillaire et,

de plus, sous-maxillaire bilatérale. L'exérèse de la tumeur au bistouri électrique est pratiquée le 8 avril 1933, et suivie, le 3 mai de la même année, d'un traitement radiothérapique sous 200 kV., 3 mA., la filtration était de 2 mm. Cu + 1 Al, la distance 40 cm., 2 champs :

1° Auriculaire gauche, 6 × 6;
2° Cervical gauche, 10 × 10.

La dose reçue étant de 3.000 r par champ.

Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire.

En juin et juillet 1933, l'adénopathie rétromastoïdienne se fixe et il apparaît une adénopathie parotidienne qui s'ulcère.

Décès.

Observation III.

R... (Ernest), 72 ans.

Epithélioma débutant, au niveau de la région rétroauriculaire gauche et droite, en 1928. La tumeur gauche progresse beaucoup plus que la droite.

En janvier 1933, radiothérapie, puis curiethérapie à La Rochelle.

Exérèse en juillet 1933 (Fontenay-le-Comte), puis radiothérapie.

*Examen* (le 13 janvier 1934) : Forme ulcéro-bourgeonnante, région rétroauriculaire, envahissant le pavillon, des dimensions de la main, adhérente au plan profond, à gauche, avec adénopathie rétro-sous-angulo-maxillaire droite.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

*Traitement :* Radiothérapie.

Tension, 180 kV. Intensité, 3 mA. Filtration, 1 Cu + 1 Al. Distance, 40 cm. sous un champ de 10 × 11 cm. rétroauriculaire G. Dose, 2.000 r en 10 séances de 30 minutes.

Observation IV.

F... (Marie), 76 ans. Journalière.

Le 21 avril 1931, petite croûte grosse comme une lentille, au niveau du pavillon de l'oreille droite.

Radiothérapie : 2 séances de 45 minutes sous 200 kV., 4 mA. Champ droit 1 × 1 cm. Filtration, 1 Al.

La malade fait consécutivement une radionécrose et, le 12 juillet 1934, à la portion moyenne de l'oreille droite, sous une croûtelle, que l'on fait facilement sauter, ulcération de 4 mm. de diamètre, empiétant sur le cartilage avec deux régions bien distinctes :

1° Trois quarts interne, surface lisse rosée aspect cicatriciel;

2° Un quart externe, rouge saignottant.

Le 9 août 1934, persistance de l'ulcération.

Le 9 janvier 1936, guérison clinique. Il persiste simplement un très petit foyer de radionécrose.

### Observation V.

D... (Jean), 54 ans, cultivateur.

Début en janvier 1932.

Le 3 août 1932, petit épithélioma du pavillon de l'oreille gauche avec petits ganglions rétroauriculaires et carotidiens gauches.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

Le 4 août 1932, ablation du pavillon de l'oreille gauche au bistouri électrique (Prof. Jeanneney). Suites normales.

Le 6 octobre 1932, gros ganglion du volume d'un œuf de poule dans la région angulo-maxillaire gauche, ganglion mobile sous la peau et sur les plans profonds.

Le 20 octobre 1932, curage ganglionnaire rétrograde de bas en haut avec ablation du S. C. M. au thermocautère (Prof. Jeanneney).

L'examen histologique montre : Métastase dans les deux segments.

Le 16 juin 1933, bon état local et général.

### Observation VI.

F... (Pauline), 76 ans.

Petite tumeur de la région préauriculaire gauche, mobile sur les plans profonds, sans adénopathie.

*Traitement :* Diathermo-coagulation.

Etat actuel : Guérison clinique.

Observation VII.

D... (Jean), 74 ans. Résinier.

Début en 1918.

Le 30 mai 1929, à l'examen, on note au niveau du pôle supésieur du lobe de l'oreille droite un large épithélioma du volume d'une pièce de 5 francs, forme ulcéro-bourgeonnante. Quelques ganglions hypertrophiés dans les régions sous-maxillaires et carotidienne.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

Le 1er juin 1929, ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique.

Suites normales.

Le 12 septembre 1929, guérison clinique.

Observation VIII.

C... (Jeanne), 95 ans.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

Epithélioma des dimensions d'une pièce de 1 franc dans la région préauriculaire immédiate gauche.

Appareil moulé de Ra : 5 aiguilles de 10 mg. D. H., 375 microcuries; D. T., 375 × 36 = 13 millicuries 500 détruites.

Récidive 3 mois après.

Etat actuel : Extension locale (dimensions d'une petite pomme avec adénopathies cervicales).

Observation IX.

B... (Antoine), 53 ans. Cultivateur.

Début en 1926.

En 1929, le malade vient à la consultation avec une ulcération du tragus et de la région préauriculaire gauche, ovoïde, à grand axe vertical, adhérente aux plans profonds.

Adénopathie sous-maxillaire gauche légère. En plus, le malade présente des croûtes séniles (région temporale et sous-orbitaire gauche).

*Biopsie épithélioma-auriculaire :* Spino-cellulaire.

1° Traitement radiothérapique avec guérison des deux petits épithéliomas cutanés;

2° Traitement radiothérapique de l'épithélioma auriculaire, amenant une profonde amélioration :

Champ préauriculaire gauche, 6 × 6. Tension, 200 kV. Intensité, 4 mA. Filtration, 2 Cu + 1 Al. Distance, 30 cm. 6 séances de 30 minutes.

Mais, fin novembre 1930, le malade reçoit un coup de corne au niveau de la région traitée. Il s'est formé une ulcération bourgeonnante du volume d'une paume de main, fixée sur les plans profonds.

Malgré 430 millicuries détruits en 80 heures de télécuriethérapie à 10 cm., l'ulcération prend rapidement la dimension de deux paumes de main.

Décès.

### Observation X.

G... (Laurent), 79 ans. Journalier.

L'affection a débuté en juin 1933. A la consultation, le 4 septembre 1934, on constate une tumeur grosse comme une noisette, ulcérée, friable, saignottante, nettement délimitée des tissus voisins par un bourrelet et occupant le milieu de la face postérieure du pavillon.

Pas d'adénopathies cliniquement perceptibles.

*Intervention* (12 septembre 1934 [Prof. Chavannaz]) : Ablation au bistouri électrique du pavillon de l'oreille avec exérèse de la peau de la région mastoïdienne, qui contient un petit nodule sous-cutané suspect.

La biopsie avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire.

Etat actuel : Guérison persistante.

Observation XI.

M... (Zély), 79 ans.

Epithélioma bourgeonnant des dimensions d'une pièce de 50 centimes spino-cellulaire, et occupant le pavillon de l'oreille droite, traité par ablation partielle du pavillon, le 3 avril 1931.

Observation XII.

V... (Bernard), 83 ans.

Début, il y a sept ans, par un bouton ulcéré de la région temporale gauche, de la grosseur d'une lentille.

8 séances de radiothérapie de 20 minutes, tous les deux mois, il y a six ans.

Retour offensif il y a trois ans. 8 séances de radiothérapie à nouveau.

Il y a un an, l'épithélioma gagne l'oreille au niveau de l'insertion du pavillon et devient radio-résistant, s'accompagnant de surdité.

Malade vu le 10 octobre 1935.

*Biopsie :* Baso-cellulaire très envahissant.

*Traitement :* Diathermo-coagulation.

Décédé des suites de son affection.

Observation XIII.

M... (Marie), 70 ans. Ménagère.

En janvier 1930, petit bouton préauriculaire gauche en avant du tragus.

Le 13 février 1931, exérèse du tragus et d'une partie de la région préauriculaire gauche.

Le 15 juin 1931, diathermo-coagulation de la base de l'hélix, qui est pris.

*Examen dans le service* (12 juillet 1931) : Nodule ulcéré et suppurant de la grosseur d'une petite cerise au niveau de l'hélix.

Cicatrice opératoire préauriculaire indurée. Conduit auditif rétréci. Pas de ganglions préauriculaires; pas d'autres ganglions.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

*Traitement. — Radiothérapie :* 200 kV., 4 mA. Distance, Anticathode-peau, 40 cm. Champ oreille gauche, 4 cm. × 4 cm. Filtration, 1 Cu + 1 Al. 6 irradiations de 30 minutes.

Etat actuel : Guérison clinique persistante.

Observation XIV.

Veuve C..., 82 ans.

Premier examen le 5 mai 1931. On constate sur l'hélix du pavillon de l'oreille droite une tumeur grosse comme une noix, régulière, rouge, saignante, grumelée, dure, sans adénopathie cervicale.

Il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire à forme histologique très envahissante.

Ablation du pavillon de l'oreille, à l'anse diathermique, le 15 mai 1931.

Observation XV.

B... (Marie), 62 ans, cultivateur.

L'affection remonte en 1930. A ce moment-là, il apparaît à l'entrée du conduit auditif externe un petit bouton très prurigineux qui laisse suinter un liquide séreux.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Cette tumeur est traitée par son médecin par exérèse du pavillon.

Dans le service, le malade est vu le 22 mai 1931. La cicatrice opératoire est normale. Par l'entrée du conduit auditif externe, s'écoule un liquide séreux. Aucune adénopathie.

Un examen auriculaire pratiqué à l'hôpital du Tondu montre que cet écoulement est en rapport avec une suppuration banale qui n'a rien à voir avec la néoformation qui a nécessité l'exérèse du pavillon.

Guérison clinique persistant actuellement.

### Observation XVI.

F... (Pierre), 79 ans. Cultivateur.

En 1929, apparaît une masse sessile au niveau de l'oreille gauche, au-dessus du tragus, croûte que le malade arrache régulièrement.

Le 16 avril 1932, à l'examen dans le service, on note une croûte épaissie, indurée, de la surface d'une pièce de 2 francs.

*Biopsie :* Baso-cellulaire.

Diathermo-coagulation par M. le Professeur Réchou, suivie de radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Distance anticathode-peau, 28 cm. Filtration, 1 Al. 2 séances de 30 minutes.

Récidive *in situ* le 6 septembre 1934, nécessitant une nouvelle ditahermo-coagulation (Prof. agrégé Wangermez). La lésion prétraguienne est cicatrisée le 15 novembre 1934 et il n'y a pas d'adénopathie.

Etat actuel : Guérison clinique persistante.

### Observation XVII.

P... (Jean), 70 ans. Sans profession.

Le malade entre dans le service le 19 janvier 1932, envoyé par M. le Professeur Portmann, qui a pratiqué sur lui l'ablation du pavillon de l'oreille droite pour épithélioma.

Il présente à ce moment-là une tumeur de la région parotidienne du volume d'une noix, dure, mobile sous la peau et sur les plans profonds, non douloureuse.

Un traitement radiothérapique est institué sous 2 kV, 4 mA. Filtration, 1 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance anticathode-peau, 30 cm. Champ préauriculaire droit, 6 cm. × 6 cm., 6 séances de 30 minutes. Fin avril 1932, disparition des ganglions. Très bon état local.

Décès par affection intercurrente.

Observation XVIII.

L... (Jules), 64 ans. Manœuvre.

Début en juillet 1933 par l'apparition d'un petit nodule de la dimension d'une lentille, rougeâtre, situé au niveau du lobule de l'oreille droite, indolore, non ulcéré, augmentant progressivement de volume, jusqu'à prendre la dimension d'une cerise. Puis le nodule s'ulcère et se recouvre d'une croûte.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

Le 3 janvier 1934, à l'examen, on note une ulcération du lobule de l'oreille, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, à bords surélevés et recouverte de croûtes.

On ne trouve pas d'adénopathie.

Traitement radiothérapique sous 180 kV., 4 mA. Distance, 33 cm. Filtration, 3 mm. Al. Champ, 3 × 3 cm. Dose, 6.000 r en 3 séances.

Observation XIX.

M... (Pierre), 59 ans. Employé de commerce.

Epithélioma spino-cellulaire du sommet du pavillon de l'oreille gauche, traité par diathermo-coagulation en mai 1928.

Etat actuel : Guérison clinique.

Observation XX.

M... (Alcide), 72 ans. Cultivateur.

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire chez un malade dont la mère est morte d'un cancer du nez.

Cet épithélioma a débuté, en 1927, par une petite croûte à la face interne du pavillon de l'oreille gauche. Quatre mois après, un traumatisme violent détermine une poussée évolutive de l'ulcération, qui grossit rapidement et devient très douloureuse spontanément avec paroxysmes surtout nocturnes, sans irradiations. Le moindre contact rend ces douleurs atroces.

A l'examen, le 2 février 1928, on constate à la partie moyenne

du pavillon de l'oreille gauche, face interne, une ulcération indurée, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, entourée d'un bourrelet. Au fond de l'ulcération, apparaît le cartilage nécrosé.

On ne trouve qu'une adénopathie sous-maxillaire droite, adénopathie que le malade rattache à une avulsion dentaire pratiquée il y a une cinquantaine d'années et qui aurait grossi très lentement.

. *Intervention* (4 février 1928) : Diathermo-coagulation de l'ulcération atteignant le cartilage, à l'électrode sphérique de Bordier, sous anesthésie générale au chloroforme. Il se produit secondairement une perforation du pavillon des dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Le 29 mars 1928, cette perforation est à contour net, l'épidermisation est presque complète, les espaces parotidiens sont tout à fait libres.

Observation XXI.

C... (François), 78 ans. Cultivateur.

Il s'agit d'un épithélioma du tragus de l'oreille droite, petite tumeur du volume d'une demi-noix, traitée, le 12 décembre 1929, par radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Distance anticathode-peau, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al. Champ, 2 cm. × 2 cm. 2 séances de 45 minutes à huit jours d'intervalle.

Etat actuel, le 9 janvier 1936 : Guérison clinique.

Observation XXII.

L... (Jean), 86 ans. Sans profession.

Il s'agit d'un petit épithélioma du pavillon de l'oreille gauche, du type spino-cellulaire, et que l'on traite, en décembre 1928, par 2 séances de radiothérapie de 45 minutes à huit jours d'intervalle, sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 1 mm. Al. Distance, 28 cm. Champ, 2 × 2 cm.

Observation XXIII.

L... (Pierre), 75 ans. Cultivateur.

L'affection remonte en juin 1928, où le malade constate au

niveau de l'hélix de l'oreille droite un petit bouton qui s'ulcère et saigne un peu sans s'accompagner de douleurs.

A l'examen, le 7 juin 1929, on note une diminution de l'acuité auditive à droite avec, du même côté, un large placard épithéliomateux occupant toute la face antéro-externe du pavillon.

Cette ulcération a une forme allongée et présente des bords bourgeonnants. Le cartilage de l'oreille ne paraît pas atteint; il existe quelques petits ganglions dans la région sous-maxillaire droite.

L'état général est excellent.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Le 10 juin 1929, on pratique l'ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique; mais, le 20 décembre, le malade revient dans le service. Il présente au niveau de la base d'implantation du pavillon de l'oreille une récidive multilobée de la grosseur de plusieurs noisettes.

Un traitement curiethérapique est instauré. On pose un appareil moulé en pâte columbia protégé au plomb (4 mm.) et contenant 22 tubes de 10 miligrammes de radium-élément. Temps de pose, 178 heures. Dose reçue, 293 millicuries détruits.

Le 2 mai 1930, radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Distance, 30 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ, 8 × 6 cm. 7 séances de 30 minutes.

Décès, un an après, par récidive *in situ* ayant envahi la région parotidienne.

### Observation XXIV.

G... (Jean), 56 ans. Cantonnier.

L'épithélioma du type spino-cellulaire à globes cornés a débuté, en 1928, par un petit bouton derrière l'oreille.

Le 10 avril 1929, à l'examen, on note un petit bourgeon sur la face postérieure du pavillon de l'oreille. On le traite par diathermo-coagulation le 10 août 1929.

Etat actuel, en janvier 1936 : Guérison clinique persistante. Légère adénopathie sous-maxillaire, qui existait déjà, dit le malade, antérieurement à toute lésion de l'oreille droite.

Observation XXV.

C... (Mathieu), 76 ans. Jardinier.

L'affection a débuté, en 1923, sur une écorchure du sillon rétro-auriculaire gauche résultant d'un accident : le malade avait eu la tête prise dans une porte. A la suite de cet incident, il persiste pendant quatre à cinq ans une petite croûte, grosse comme une lentille.

En 1929, le malade ressent quelques douleurs vagues dans la sous la croûte.
région malade, en même temps qu'une petite tumeur apparaît

Les douleurs devenant plus vives, en 1930, le malade vient au Centre, mais refuse l'ablation du pavillon qu'on lui propose.

Il revient à la fin de l'année 1930, accusant des douleurs assez vives au niveau de l'oreille, de la mâchoire et dans l'hémicrâne gauche.

L'état général est encore bon.

A l'examen, le 13 décembre 1930, le sillon rétroauriculaire gauche est occupé dans sa totalité par une ulcération légèrement bourgeonnante sur les bords, à fond sanieux. L'ulcération a envahi la face postérieure du pavillon, qui présente une incisure profonde juste au-dessus du lobule.

Ce dernier est considérablement augmenté de volume, gros comme une noix, ulcéré.

L'ensemble est fixé, reposant sur une infiltration dure des téguments voisins, particulièrement marquée en arrière, vers la nuque.

On note une adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire gauche, et également un gros ganglion d'une dureté ligneuse du volume d'une noix en arrière du bord postérieur du trapèze. La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire très envahissant.

Le 12 janvier 1931, ablation du pavillon de l'oreille. Diathermo-coagulation.

Broncho-pneumonie grippale postopératoire. Décès le 19 janvier 1931.

### Observation XXVI.

M... (Etienne), 37 ans. Cultivateur.

En 1932, le malade est atteint d'une gelure de l'oreille. Il se forme consécutivement une petite plaie que le malade envenime avec ses mains sales, puis brûle au nitrate d'argent, et qui se reproduit chaque fois.

A l'examen, le 8 décembre 1934, on note un épithélioma spino-cellulaire, bourgeonnant et occupant la partie supérieure de l'hélix de l'oreille gauche.

M. le Professeur Réchou procède à une diathermo-coagulation, suivie de radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 1 mm. Al. Distance 28 cm. 2 séances à trois jours d'intervalle : 25 minutes, la première, 20 minutes la seconde.

### Observation XXVII.

G... (Michel), 85 ans. Sans profession.

L'affection débute, en 1927, par un petit bouton douloureux, surmonté d'une croûte que le malade arrache et irrite et qui occupe le fond du pavillon de l'oreille gauche. Comme l'ulcération s'accroît, le malade vient à la consultation, dans le service, le 18 avril 1928.

A l'examen, tout le pavillon de l'oreille gauche dans sa moitié postérieure est le siège d'une ulcération des dimensions d'une paume de main, allongée verticalement, de couleur grisâtre au centre, jaunâtre sur les bords, à fond sanieux, irréguliers, à bords saillants, bourgeonnants, même à la partie inférieure.

Ce qui reste du pavillon est éversé en avant, et la moitié supérieure, détachée de la partie inférieure, forme comme un opercule mobile qui masque le conduit auditif.

Pas de douleurs spontanées; aucun trouble de l'audition.

On note une adénopathie angulo-maxillaire.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

### Observation XXVIII.

S... (Marie), 74 ans. Sans profession.

La malade se présente pour la première fois dans le service en février 1929. Elle porte à ce moment-là une vaste ulcération occupant presque tout le pavillon de l'oreille gauche.

On pratique alors l'ablation du pavillon, suivie de diathermocoagulation.

Le 24 septembre 1929, la malade revient. Elle présente une adénopathie angulo-maxillaire, des dimensions d'un marron; la peau est rouge, prête à s'ulcérer.

La cicatrice laissée par l'ablation du pavillon est en très bon état.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 4 mA. Distance, 40 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ, 6 × 6 cm. 6 séances de 30 minutes, 500 r par séance. Dose totale, 3.000 r.

Malgré cela, le ganglion angulo-maxillaire s'ulcère à la peau le 12 novembre 1929, et il apparaît un petit ganglion sus-claviculaire de la grosseur d'un haricot.

### Observation XXIX.

B... (Antoine), 79 ans. Vacher.

A l'examen, le 3 janvier 1929, le malade présente un épithélioma bourgeonnant des dimensions d'une noix au niveau du pavillon de l'oreille gauche. Cet épithélioma, de nature baso-cellulaire, est très adhérent aux plans profonds cartilagineux.

Un traitement radiothérapique est instauré sous 200 kV., 4 mA. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al. Champ auriculaire gauche, 2 cm. × 2 cm., 2 séances de 45 minutes à huit jours d'intervalle. Dose, 3.000 r par séance.

Guérison clinique persistante. Le malade meurt d'une affection intercurrente le 8 mars 1932.

Observation XXX.

A... (Pierre), 74 ans. Maçon.

Le malade fait remonter le début de son affection vers 1920, époque à laquelle serait apparu un petit bouton au niveau du pavillon de l'oreille gauche.

A l'examen, le 6 juin 1929, l'état général est très satisfaisant.

On note un large placard ulcéro-bourgeonnant au niveau de la partie supéro-interne du pavillon de l'oreille gauche. Cette ulcération atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs. Elle n'est pas douloureuse.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma du type intermédiaire.

Le 30 août 1929, on pratique l'ablation de l'oreille à l'anse diathermique.

2 janvier 1930 : Récidive *in situ*.

On pose alors un appareil moulé de radium : 22 tubes à 10 milligrammes de Ra. E. Distance, 10 cm. Protection au plomb, 6 mm. Dose journalière, 35 millicuries détruits. Dose reçue, 105 millicuries détruits.

Le 12 février 1930, radiothérapie sous 200 kV. 4 mA. Distance, 40 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ auriculaire gauche, 5 × 5 cm., 6 séances de 30 minutes, une tous les deux jours. Dose reçue, 1.500 r.

En mai 1930, le malade est revu : L'ulcération est à peu près cicatrisée, mais le malade est porteur d'une adénopathie de la chaîne carotidienne du volume d'une noix, que l'on traite par la radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Distance, 40 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ cervical gauche, 5 × 10 cm., 7 séances de 30 minutes. Dose reçue, 2.500 r.

Le 22 janvier 1931, au niveau de la base d'implantation du pavillon, il existe une ulcération des dimensions d'une pièce de 50 centimes.

On trouve également un ganglion angulo-maxillaire du volume d'un œuf de pigeon, dur et fixé.

On constate également la présence d'un petit nodule au niveau de la partie postérieure de la région temporale.

Il existe une induration de la fosse sus-épineuse.

Le malade accuse quelques vertiges, qui font penser à l'envahissement de l'oreille interne. Malgré cela, l'état général reste excellent.

En mars 1931, le malade présente des attaques épileptiformes, des troubles de la déglutition et de la phonation, une paralysie faciale gauche du type périphérique, de la surdité.

L'état général devient alors franchement mauvais, avec amaigrissement et perte de l'appétit.

Les ganglions de la région rétromaxillaire se sont fusionnés, ils sont de consistance ligneuse et ne forment qu'une masse mal délimitable, adhérente aux plans profonds.

Le nodule temporal a atteint le volume d'une grosse noix et est adhérent à l'os; par contre, la cicatrice opératoire n'offre pas de signe de récidive épithéliomateuse.

Un examen oto-rhino-laryngologique, pratiqué dans le service de M. le Professeur Portmann, montre une paralysie unilatérale de la face de la langue, du voile du palais et du larynx, par atteinte des nerfs de la base du crâne par le néoplasme.

Décès.

### Observation XXXI.

A... (Mathieu), 85 ans. Cultivateur.

Le début de son affection remonte au mois de novembre 1928. Le malade, à la suite d'un abcès du pavillon, qui, après suppuration, n'a jamais complètement guéri, a présenté une ulcération qui n'a cessé de croître.

L'état général est resté bon. Pas d'amaigrissement, appétit conservé.

A l'examen, le 23 février 1929, on constate que le pavillon de l'oreille droite est complètement déformé et en partie disparu. La portion restante présente des bourgeons charnus et sanguinolents. On note de plus, dans la région rétroauriculaire, une large ulcération, des dimensions d'une pièce de 5 francs.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Quelques ganglions, petits, dans la région sous-maxillaire droite.

Le 2 mars 1929, on procède à l'ablation du pavillon de l'oreille droite au couteau diathermique.

Le 28 mars de la même année, l'adénopathie angulo-maxillaire a grossi (volume d'une noix), elle s'est fixée; la peau, à son niveau, est violacée.

Malgré le traitement radiothérapique instauré : champ de 6 × 6 cm. sous 200 kV., 4 mA., filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al, distance, 40 cm., l'adénopathie s'ulcère.

Le malade, ayant quitté la région, est perdu de vue à partir de ce moment-là.

### Observation XXXII.

B... (Ulysse), 81 ans. Marin.

Le début de la maladie remonte en 1916. A cette époque, le malade a constaté la présence d'un petit bouton derrière le pavillon de l'oreille. Ce bouton s'est ulcéré et a gagné toute la région rétroauriculaire. Au mois d'août 1928, un autre bouton est apparu, et s'est ulcéré au niveau du tragus.

A l'examen, le 8 avril 1929, on constate au niveau de la région rétroauriculaire un large placard bourgeonnant, et dans la région préauriculaire un autre placard épithéliomateux ulcéro-bourgeonnant : le tragus ayant complètement disparu.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire. Pas d'adénopathie.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 4 mA. Distance, 40 cm.

Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al., 2 champs :

préauriculaire droit, 6 × 4 cm.;
rétroauriculaire droit, 4 × 5 cm.,

en protégeant la conque. 8 séances (1.000 r par séance). Dose totale reçue, 8.000 r (4.000 r par champ).

Le malade meurt trois ans et demi après, le 28 septembre 1932, d'une affection intercurrente (congestion pulmonaire), sans avoir présenté jamais aucune récidive.

### Observation XXXIII.

D... (Jean), 77 ans. Cultivateur.

Le malade fait remonter l'affection qui l'amène à 1925. A ce moment-là, il constate au niveau du bord externe du pavillon de son oreille gauche l'apparition d'un petit bouton indolore, qui s'ulcère et devient douloureux en 1929.

A l'examen, le 23 août 1930, on constate que le bord libre du pavillon est détruit dans sa partie moyenne, laissant une échancrure arrondie, bourgeonnante, saignant facilement au contact. Tout le pavillon est dur, violacé.

*Biopsie :* Spino-cellulaire, à globes cornés. On ne trouve pas d'adénopathie.

*Traitement :* Ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique.

Le malade meurt, en août 1933, d'une congestion pulmonaire, son épithélioma de l'oreille étant dans un état de guérison parfaite.

### Observation XXXIV.

B... (Jean), 52 ans. Cultivateur.

Le malade constate, en 1928, l'apparition d'une petite rougeur dans le fond de la conque de son oreille gauche, puis il se produit une ulcération saignant au contact et légèrement douloureuse.

A l'examen, le 27 septembre 1930, on note la présence d'une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, développée dans le fond de la conque de l'oreille gauche, et s'enfonçant un peu dans le conduit auditif externe. La peau de la face postérieure de la conque a perdu en grande partie sa mobilité. Pas d'adénopathie.

*Biopsie :* Type intermédiaire.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 3 mA. Filtration, 1 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ, 3 cm. × 3 cm. Distance, 28 cm. Dose, 3.000 r, en 6 séances de 30 minutes.

Etat actuel : Guérison clinique.

Observation XXXV.

B... (Georges), 51 ans. Employé de commerce.

En 1928, le malade constate au niveau de la partie supérieure du pavillon de l'oreille la présence d'un petit bouton de la taille d'un pois, rouge, non douloureux au début, le devenant par la suite.

En avril 1930, diathermo-coagulation.

Etat actuel : guérison clinique.

Observation XXXVI.

B... (Amélie), 57 ans. Cultivatrice.

L'affection débute, en 1916, au niveau du tragus de l'oreille gauche, par l'apparition à cet endroit d'un bouton blanc, non douloureux, ne saignant pas, de la taille d'une tête d'épingle, qui grossit, pour atteindre en 1918 les dimensions d'une lentille, et en 1930 former une ulcération du volume d'une pièce de 2 francs, qui croît alors rapidement, pour, en mai de la même année, comprendre le lobule, le tragus, la partie supérieure même du pavillon. Ses bords sont peu nets, déchiquetés; le conduit auditif externe semble atteint.

*Biopsie :* Baso-cellulaire, à mitoses peu nombreuses.

Le 14 juin 1930, ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique, suivie de diathermo-coagulation et de radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance, 40 cm. Champ auriculaire gauche, 6 × 6 cm. Dose reçue, 3.000 r en 6 séances de 30 minutes, une tous les deux jours.

Etat actuel : On note, le 2 janvier 1936, à l'emplacement de l'oreille gauche, une vaste ulcération de 3 cm. 1/2 à 4 cm. de diamètre, à bords surélevés, saignant facilement au contact. Récidive.

Observation XXXVII.

J... (Emile), 73 ans. Maçon.

La maladie débute, en novembre 1929, par l'apparition d'un petit bouton non douloureux, saignant facilement, de la taille

d'une lentille. Le malade est traité sans succès par des séances d' U.-V. chez son médecin. Il se développe une ulcération très douloureuse, de la surface d'une pièce de 50 centimes, en mars 1930.

A l'examen, on note, le 14 avril 1930, une ulcération située à la partie postérieure de l'oreille gauche, des dimensions d'une pièce de 1 franc, à bords décollés, peu nets, indurés. Pas d'adénopathie.

*Biopsie :* Type intermédiaire; mitoses assez nombreuses et atypiques.

Le 7 mai 1930, ablation du pavillon de l'oreille gauche à l'anse diathermique, suivie de diathermo-coagulation des bourgeons néoplasiques et complétée par un traitement curiethérapique. Dose journalière, 128 millicuries détruits. Dose totale, 432 millicuries détruits.

14 août 1930 : Récidive *in situ*. Etat général mauvais.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 4 mA. Distance, 40 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ, 5 × 5 cm., 3 séances de 30 minutes. Dose reçue, 1.500 r.

Malgré cela, décès 5 mois après.

### Observation XXXVIII.

B... (Emile), 66 ans. Cultivateur.

Lorsque le malade entre dans le service, le 30 septembre 1933, il a déjà subi une intervention chirurgicale limitée chez son médecin (amputation du lobule), suivie de radiothérapie.

A l'examen, la zone d'amputation est occupée par une ulcération à fond atone, à bords nets, sans aucune tendance à la cicatrisation, et saignant facilement, ayant gagné le conduit auditif externe. Le système ganglionnaire est cliniquement intact.

M. le Professeur Portmann, dans le service duquel le malade est adressé, la tumeur s'étant propagée jusqu'à la caisse du tympan, pratique un évidement pétro-mastoïdien et un curage de la région parotidienne.

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire à mitoses assez nombreuses.

Il existe également au niveau de la portion moyenne de la joue gauche une tumeur des dimensions d'une grosse cerise, à type de nævo-carcinome, implantée au niveau d'une zone de pigmentation noirâtre.

La biopsie montre qu'il s'agit bien d'un nævo-carcinome.

Ce dernier est extirpé par électro-coagulation.

La tumeur de l'oreille récidivante ne peut être traitée dans le service, le malade présentant une éruption érysipélateuse, qui oblige à l'envoyer à l'Isolement, où il décède.

### Observation XXXIX.

D... (Jean-Baptiste), 66 ans. Employé de commerce.

L'affection débute, en août 1928, par un petit nodule de la région rétroauriculaire.

A l'examen, en mars 1928, il existe un petit épithélioma ulcéré de la même région, mobile sur les plans profonds, sans retentissement ganglionnaire.

*Biopsie :* Baso-cellulaire, à mitoses nombreuses.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 3 mA. Filtration, 3 mm. Al. Distance anticathode-peau, 28 cm. Champ rétroauriculaire gauche, 2 × 2 cm., 2 séances de 45 minutes.

Malgré cela, le 22 juin 1928, il persiste à la partie supérieure de la cicatrice une petite ulcération de 1 cm. de long sur 1/2 cm. de large.

### Observation XL.

M... (Jeanne), 71 ans. Cultivatrice.

La maladie débute, en 1929, par un petit bouton que la malade a gratté et qui s'est ulcéré.

A l'examen, le 30 décembre 1932, on note une tumeur de la dimension d'une pièce de 1 franc, ulcérée, saignante, non douloureuse, située derrière le pavillon de l'oreille gauche et décollant le lobule.

Dès son entrée dans le service, la malade fait une bronchopneumonie et meurt.

### Observation XLI.

G... (François), 60 ans. Cultivateur.

L'affection remonte à 1929. A ce moment-là, elle se signale par l'apparition d'une petite tumeur siégeant au niveau de la région rétroauriculaire et ne tardant pas à s'ulcérer.

Le 13 juillet 1930, à l'examen, on constate une ulcération de cette région, de la grosseur d'une pièce de 2 francs, à fond assez régulier mais indurée et dont la base tumorale diffuse dans l'épaisseur du sterno-cléido-mastoïdien. On note également quelques ganglions sous-maxillaires.

*Biopsie :* Type épidermoïde très envahissant.

Traitement radiothérapique : 12 séances de 30 minutes, sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance, 40 cm. Champ, 4 × 3 cm. Dose totale, 3.000 r.

Malgré ce traitement, récidive en juin 1934, sous forme d'une vaste ulcération de 5 cm. de haut sur 4 cm. de large, dont le pôle inférieur recouvre les insertions supérieures du S. C. M.

*Traitement curiethérapique local :* Appareil moulé à la pâte columbia. 11 aiguilles de 10 mmg. de Ra élément. Temps de pose, 38 heures. Dose reçue, 27,8 millicuries détruits.

### Observation XLII.

B... (Lucien), 67 ans. Charpentier.

C'est dès le début de l'année 1930 que le malade s'est aperçu de l'apparition d'une petite grosseur derrière le lobule de l'oreille gauche.

A l'examen, le 5 juillet 1930, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une noix, située au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille gauche, dure, de surface irrégulière, mobile sur les plans profonds, ne s'accompagnant pas de retentissement ganglionnaire.

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire, que l'on traite par la radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 1 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance, 28 cm. Champ, 3 × 2 cm., 6 séances de 30 minutes.

Le malade est à l'heure actuelle immobilisé au lit, mais son oreille est restée cicatrisée.

### Observation XLIII.

Mme C...

Début de l'affection en 1927.

A l'examen, le 26 mai 1930, on constate un petit épithélioma, de la forme ulcéreuse, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, situé au niveau de la région rétroauriculaire.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 4 mA. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al. Champ rétroauriculaire gauche, 2 × 2 cm., 3 séances de 30 minutes.

### Observation XLIV.

B... (Louis), 75 ans. Cultivateur.

Epithélioma préauriculaire droit, remontant à 1927, recouvert par une croûte volumineuse.

Traitement radiothérapique, en 1929, sous 200 kV., 4 mA. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al, 2 séances à huit jours d'intervalle :

La première, de 30 minutes;
la seconde, de 45 minutes.

Comme il existe en janvier 1930, en marge de la zone traitée et en bas, un petit noyau épithéliomateux des dimensions d'une lentille, on pratique de nouvelles séances de radiothérapie sous le même voltage, la même intensité et la même filtration : 2 séances de 45 minutes à huit jours d'intervalle.

### Observation XLV.

R... (Noémie), 62 ans. Femme de service.

Il s'agit d'un petit épithélioma ulcéré de la région préauriculaire gauche, des dimensions d'une lentille, évoluant depuis 1927.

Radiothérapie, le 17 octobre 1929, sous 200 kV., 4 mA. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al, 2 séances de 45 minutes.

Comme il persiste quelques bourgeons le 24 décembre 1929, on procède alors à une diathermo-coagulation complémentaire.

### Observation XLVI.

D... (Louis), 68 ans. Epicier.

En mars 1926, apparition au niveau de la conque du pavillon de l'oreille droite d'un petit bouton de la grosseur d'une lentille, progressant très lentement et atteignant au mois de juillet dernier la grosseur d'un petit pois.

Ce bouton a toujours été ulcéré. En novembre 1927, le malade suit un traitement radiothérapique (4 séances de 5'). Le traitement n'ayant pas réussi, le malade est adressé à un chirurgien, qui procède à l'ablation du pavillon de l'oreille, et ce n'est qu'à l'occasion d'une nouvelle récidive que le malade entre dans le service, pour la première fois.

Il ne présente pas d'adénopathie, mais les bourgeons néoplasiques s'étendent jusque dans la caisse du tympan, comme le montre l'examen pratiqué dans le service d'oto-rhino-laryngologie de M. le Professeur Portmann. La limite des lésions dépasse les possibilités chirurgicales.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Mort des suites de son affection, en 1928.

### Observation XLVII.

C... (François), 76 ans.

L'affection débute en 1933. Il existe à ce moment-là une petite tumeur surélevée au niveau de la partie moyenne de l'oreille, en face du tragus, du volume d'un gros pois, rouge, saignant au moindre contact et adhérant aux plans profonds, indolore. Il existe également au niveau du tégument facial, sur le front en particulier, de nombreuses kératoses séniles; il en existe également au niveau de la partie moyenne du versant droit du nez, en particu-

lier, on note une hyperkératose du volume d'un pois, tumeur mobile et indolore.

Le 5 novembre 1933, exérèse de la tumeur auriculaire, au bistouri électrique, par M. le Professeur Réchou.

Le 16 novembre 1933, exérèse de la tumeur nasale, au bistouri électrique, par M. le Professeur Réchou.

Au niveau du nez, les résultats sont excellents, mais, le 6 septembre 1934, au niveau du pavillon de l'oreille gauche, il y a un placard ulcéré de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma du type intermédiaire.

Le 20 septembre 1934, une diathermo-coagulation est pratiquée par M. le Professeur agrégé Wangermez.

Le 24 janvier 1935, au niveau de la zone diathermo-coagulée, il s'est produit une récidive, prouvée par la biopsie et se présentant sous forme d'une ulcération saignottante de 3 cm. de hauteur étendue sur la partie supérieure de la conque et de l'anthélix.

Il existe également une petite adénopathie angulo-maxillaire, sous forme d'un petit ganglion indolore et mobile de la grosseur d'une amande, un peu aplati.

Le 7 février 1935, ablation de l'oreille gauche à l'anse diathermique, par M. le Professeur Réchou.

Le 16 mai 1935, bon état local, mais il existe au niveau de la région carotidienne gauche une petite masse ganglionnaire indurée encore mobile.

Le 22 mai 1935, M. le Professeur Chavannaz procède à une intervention chirurgicale enlevant la parotide, la chaîne ganglionnaire carotidienne et le sterno-cléido-mastoïdien.

L'examen histologique montre la présence de métastases dans la gaine du S. C. M., et son absence au niveau de la parotide et des ganglions de la chaîne carotidienne.

Radiothérapie complémentaire sous 200 kV., 4 mA. Champ, 8 × 8 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance, 60 cm. 10 séances de 60 minutes de 300 r chacune. Dose totale, 3.000 r.

Etat actuel : Très mauvais. Récidive *in situ* gagnant en profondeur. Etat général profondément atteint.

Observation XLVIII.

C... (Charles), 49 ans. Cultivateur.

En mars 1934, il apparaît un petit bouton dans la conque de l'oreille gauche. Il est cautérisé puis soumis à un traitement électrique à Pau. Tout rentre dans l'ordre, mais, trois mois après, le bouton réapparaît beaucoup plus grand.

*Biopsie :* Baso-cellulaire.

L'état général est mauvais. Au Centre anticancéreux, on décide l'ablation du pavillon au bistouri électrique. Le malade ne peut supporter même cette intervention, et il meurt le 17 janvier 1935.

Observation XLIX.

M... (Marie). Sans profession.

En mai 1926, la malade était porteuse d'un épithélioma du nez traité et guéri par diathermo-coagulation.

En mars 1928, il apparaît une croûte sénile préauriculaire gauche, ulcérée et saignante, qui est traitée par diathermo-coagulation et radiothérapie.

Le 11 octobre 1934, la lésion diathermo-coagulée préauriculaire est cliniquement guérie, mais il existe une lésion nouvelle, une petite ulcération des dimensions d'une pièce de 50 centimes siégeant au niveau du pavillon, et qui est ditahermo-coagulée le 1re juillet 1935.

Etat actuel : Guérison clinique.

Observation L.

T... (Henri), 75 ans. Cultivateur.

L'affection se manifeste, pour la première fois en 1933, par un petit bouton légèrement prurigineux derrière le lobule de l'oreille droite.

Cette petite tumeur grossit peu à peu et s'ulcère.

A l'examen dans le service, le 21 novembre 1934, le malade

est porteur d'une tumeur ulcérée, d'une surface de 6 à 7 cm. de diamètre, à bords surélevés, adhérente aux plans profonds, saignant à la moindre exploration.

Légère adénopathie sous-maxillaire et carotidienne gauche.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

*Traitement :* Radiothérapie sous 200 kV., 4 mA. Filtration, 1 mm. Cu + 1 mm. Al. Distance, 35 cm. Champ, 5 × 5 cm., 10 séances de 200 r. 2 de 250 r. Dose totale, 2.500 r.

Le 2 mai 1935, récidive *in situ*, ulcération des dimensions d'une pièce de 1 franc, gagnant rapidement en profondeur.

L'état général étant mauvais, le malade est transféré à l'Isolement, où il meurt.

### Observation LI.

S... (Marie-Louise), 69 ans. Sans profession.

La maladie débute, en 1930, par un petit bouton journellement écorché.

A l'examen, le 10 janvier 1931, la malade présente une petite tumeur recouverte d'une croûte, saignant facilement et présentant les dimensions d'une noisette, situé en arrière du pavillon de l'oreille gauche.

*Traitement :* Radiothérapie : 2 séances de 50 minutes sous 200 kV., 4 mA. Champ, 2 × 2 cm. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al.

Etat actuel : Guérison clinique persistante.

### Observation LII.

D... (Jean), 71 ans. Cultivateur.

L'affection a débuté, en 1927, par l'apparition d'une croûte sénile au niveau de la région préauriculaire droite, croûte que le malade arrache avec obstination.

A l'examen, en 1930, on note un épithélioma de la région préauriculaire, de forme ovalaire, à grand axe légèrement oblique en bas et en avant, des dimensions de 2 cm. 5 sur 1 cm. 5.

Traitement radiothérapique sous 200 kV., 4 mA. Distance, 28 cm. Filtration, 1 mm. Al. Champ, 3 × 3 cm. 2 séances de 30 minutes à huit jours d'intervalle. Une séance nouvelle le 16 octobre 1930.

Le malade est guéri cliniquement encore un an après.

Il n'a pas été possible de savoir ce qu'il est devenu actuellement.

Observation LIII.

M... (Jeanty), 61 ans. Cultivateur.

Le malade fait remonter le début de sa maladie à l'année 1916, date à laquelle il constate la présence, en avant de l'anthélix, d'un petit bouton blanc du volume d'une tête d'épingle, indolore même à la palpation. La même année, un coiffeur fait sauter accidentellement ce bouton, qui saigne. Il se forme une croûte. Le volume de cette lésion s'accroît chaque jour davantage, envahissant la partie externe du conduit auditif externe, puis sa face postérieure. Petite intervention chirurgicale, en janvier 1931, par son docteur. Après une cicatrisation qui dure un an et demi, le malade constate la persistance d'un petit bouton saignottant à la partie postérieure du conduit auditif externe. Depuis cette époque, l'envahissement est progressif sur le pavillon de l'oreille. Le malade est adressé dans le service. A l'examen, le 30 avril 1935, on note un bon état général : pas d'amaigrissement, pas de fatigue, appétit conservé. A l'inspection de la lésion, une ulcération circonscrit l'oreille gauche dans les parties postérieures supérieures et antérieures du sillon auriculo-temporal. Le conduit auditif externe est obturé par un bouchon purulent et saignottant. L'ulcération, recouverte d'un liquide séro-sanguinolent, a tendance à envahir la zone mastoïdienne, dont elle recouvre déjà une surface grande comme une pièce de 50 centimes. Pas d'adénopathie cliniquement perceptible.

*Biopsie :* Epithélioma baso-cellulaire.

*Intervention* (le 8 mai 1935 [Prof. Chavannaz]) : Ablation en un seul bloc du pavillon de l'oreille, de la parotide, des ganglions de la chaîne carotidienne du même côté, du sterno-cléido-mastoïdien, avec grattage de la mastoïde (voir le dessin).

L'examen histologique pratiqué sur des coupes en série montre

l'absence de métastase au niveau de la parotide et des ganglions de la chaîne carotidienne, mais, par contre, montre la présence de métastases au niveau du sterno-cléido-mastoïdien, qui paraissait pourtant cliniquement sain.

Suites opératoires : Normales.

Le malade est revu le 15 octobre 1935 sans présenter de signes de récidive. La cicatrisation est persistante. Il y a une légère atrésie au niveau du conduit auditif externe.

Le 19 décembre 1935, la cicatrice présente au niveau du conduit auditif un petit bourgeonnement rougeâtre et saignottant, d'aspect suspect, sans qu'on puisse pourtant affirmer une récidive, le malade n'ayant pas répondu aux diverses convocations à lui adressées pour faire une biopsie.

Observation LIV.

O... (Gaston), 54 ans. Sans profession.

Le malade fait remonter son histoire à 1930. A ce moment, il remarque une petite croûte indolore à la partie moyenne de l'hélix de l'oreille gauche, et qu'il arrache d'un coup d'ongle. Cette lésion augmente et saigne après chaque grattage, mais son indolence le rassure. Ainsi vont les choses durant les années 1931, 1932 et 1933, l'ulcération doublant de volume chaque année. En janvier 1934, le malade va consulter M. le Professeur Petges. Le traitement qui lui est ordonné amène une amélioration considérable. Le malade néglige alors d'aller se faire examiner à nouveau par M. le Professeur Petges, comme il devait le faire à la fin de son traitement, et part mener la vie de cultivateur en Espagne. Au bout de quelques mois, l'ulcération se reforme et grandit rapidement. En juillet 1934, elle atteint déjà 1 cm. 5. Le malade, en janvier 1935, se décide à venir dans le service.

Le 10 janvier 1935, à l'examen, bon état général, pas d'amaigrissement, appétit très bien conservé. A l'inspection du pavillon de l'oreille gauche, on note deux choses : 1° Une perte de substance à bords nets, taillés au couteau : elle emporte le tiers moyen de l'hélix, la gouttière de l'hélix dans la même partie et une portion de l'anthélix, limitée en haut par une ligne horizontale passant par

le sommet de la fossette de l'anthélix ou fossette triangulaire, et en bas par une ligne menée horizontalement de la partie inférieure du conduit auditif externe, la limite interne étant oblique de haut en bas et de dedans en dehors; 2° A cette perte de substance fait suite une zone ulcérée glissant en pente douce vers le conduit auditif externe qu'elle atteint, le fond en est bourgeonnant, tomenteux, rougeâtre, laissant sourdre une sécrétion séro-purulente se concrétisant en croûtes jaune pâle peu adhérentes. A la palpation la lésion est indurée, extrêmement douloureuse, saignant au contact. La recherche des adénopathies ne montre ni ganglion préauriculaire, ni ganglion mastoïdien, mais on note une adénopathie angulo-maxillaire gauche du volume d'une grosse fève, dure, mobile, indolore, et une adénopathie sous-maxillaire gauche du volume d'un œuf de pigeon, mais cette adénopathie sous-maxillaire est survenue spontanément, alors que le malade avait 20 ans, c'est-à-dire est antérieure de trente ans à l'affection qui l'amène.

*Biopsie :* Epithélioma spino-cellulaire.

Intervention, le 21 janvier 1935, par M. le Professeur Chavannaz, qui procède à l'ablation du pavillon de l'oreille, de la parotide, des ganglions de la chaîne carotidienne du même côté et du sterno-cléido-mastoïdien. L'examen histologique de la pièce opératoire avait montré la présence de métastase au niveau de la chaîne carotidienne, et son absence au niveau de la parotide. Bonnes suites opératoires.

Le malade subit secondairement une blépharoplastie, à la Clinique d'ophtalmologie, le 4 juin 1935.

Le 30 novembre 1935, le malade est revu à la consultation. Il présente un état persistant de sa cicatrisation avec, toujours, une grosse glande sous-maxillaire mobile.

### Observation LV.

F... (Blaise), 61 ans. Cultivateur.

En 1934, le malade se fait, avec un morceau de bois, une écorchure dans la région prétraguienne gauche. Cette écorchure progressant, le malade entre à l'Hôpital de Tulle, où on lui fait un traitement rœntgenthérapique (3 séances).

La lésion paraît se cicatriser, mais bientôt il apparaît deux petits boutons, un sur l'emplacement de l'ancienne excoriation, l'autre dans le sillon d'implantation du lobule de l'oreille. Ils s'étendent rapidement en circonscrivant l'oreille.

*Examen* (janvier 1935) : Présence d'une grosse tumeur ulcérée au niveau de la région préauriculaire gauche, dépassant en haut de 2 centimètres l'arcade zygomatique, empiétant en avant sur la région jugale, pour aboutir à 2 centimètres de l'orbite gauche, atteignant en bas l'angle de la mâchoire. En arrière, l'ulcération a envahi le conduit auditif externe et toute la portion inférieure du pavillon de l'oreille.

Le centre de cette tumeur ulcérée est anfractueux, recouvert de sanies verdâtres, dégageant une odeur nauséabonde. Cette ulcération saigne facilement au contact.

Ganglion : On note seulement un ganglion de la grosseur d'un gros pois, mobile et roulant sous le doigt, au niveau de la chaîne rétro-spinale, en arrière du muscle S.-C.-M.

Etat général : Peu brillant.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

Le 23 janvier 1935, intervention par M. le Professeur Chavannaz : Exérèse au bistouri électrique et sous anesthésie générale au chloroforme du pavillon de l'oreille et de la tumeur préauriculaire. On laisse à jour la large brèche cutanée ainsi formée.

Il s'agit là, d'ailleurs, d'une opération de propreté destinée à permettre ultérieurement un traitement physiothérapique.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre qu'il s'agit, au niveau du pavillon et de la parotide, d'un épithélioma spino-cellulaire.

Le 23 février 1935, un traitement télécuriethérapique est instauré : 2 champs auriculaires gauches, 13 × 13 cm. et 8 × 8 cm. Durée, 5 heures. Dose reçue, 133,3 millicuries détruits. Distance, 10 cm. Filtration, 1 mm. Cu + 1/2 mm. Al.

L'état général empirant, le malade est transéaté à l'Isolement, où il meurt.

Observation LVI.

D... (Emile), 63 ans. Représentant de commerce.

Le malade est vu la première fois le 22 octobre 1935.

Il est porteur d'un petit bourgeon, non ulcéré, de la grosseur d'un gros pois chiche, situé à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bord postérieur de l'oreille.

Pas d'adénopathie cliniquement perceptible.

Un traitement radiothérapique est instauré : 200 kV., 4 mA.. Distance, 28 cm. Champ auriculaire droit, 2 × 2 cm. Filtration, 1 mm. Al, 2 séances de 30 minutes à huit jours d'intervalle.

Actuellement : Etat à peu près complet de cicatrisation. Pas d'adénopathie.

Observation LVII.

C... (Angèle), 76 ans. Sans profession.

En juin 1934, la malade remarque qu'une petite crasse sénile, occupant depuis deux ans la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite, se met à saignotter, à se couvrir de croûtes et à augmenter de dimensions.

La malade entre au Centre le 25 septembre 1934.

A l'*examen*, la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite présente une ulcération ovalaire dont le grand axe de direction horizontale mesure environ 1 centimètre, ulcération violacée de fond anfractueux, limitée par un bourrelet des téguments voisins, qui sont normaux. Légère adénopathie carotidienne et sous-maxillaire.

*Biopsie :* Spino-cellulaire.

*Intervention* (le 2 octobre 1934 [Prof. Chavannaz]) : Ablation sous anesthésie générale du pavillon de l'oreille au bistouri électrique.

Suites normales.

Le 20 novembre 1934, la malade est revue. La cicatrisation de la plaie opératoire est parfaite mais on note un ganglion sous angulo-maxillaire droit, mobile, de la grosseur d'une cerise, en même temps qu'une masse indurée sous-maxillaire droite, adhérente à l'os.

Curage ganglionnaire, par M. le Professeur Chavannaz, le 17 décembre 1934 : Incision type Morestin. Ablation de la sous-maxillaire et des ganglions sous-maxillaires. Extirpation du pôle inférieur de la parotide. Résection partielle de l'angle du maxillaire et ablation, en même temps, d'une masse ganglionnaire du volume d'une bille.

Suites normales.

Le 20 mars 1935, la malade présente au niveau de sa cicatrice opératoire une croûte qui saigne facilement. La biopsie montre qu'il s'agit d'une récidive.

*Traitement :* Radiothérapie sous 200 kV., 4 mA., avec une distance de 40 cm. Filtration, 2 mm. Cu + 1 mm. Al. Champ, 10 × 10 cm., la dose reçue étant de 2.505 r au Hammer, en 10 séances de 30 minutes.

Malgré ce traitement, il apparaît une grosse tuméfaction jugale et cervicale droite, dure, bosselée, qui s'est ulcérée. Cette ulcération phagédénique prend des proportions énormes, dénudant le maxillaire, poussant des prolongements jusqu'au pharynx, entraînant une gêne de la déglutition et une cachexie marquée.

La malade meurt le 6 septembre 1935.

### Observation LVIII.

A... (Louis), 61 ans. Charpentier.

Le malade fait remonter le début de son histoire à 1920. A ce moment, il constate une petite nodosité au niveau de la partie supérieure de l'antitragus à l'oreille droite. Puis il se forme une croûte qui s'enlève facilement et laisse à nu une surface saignottante.

En janvier 1930, le malade, accidentellement, se déchire le pavillon. Le mal, aussitôt, s'étend en surface.

Le malade vient à la consultation le 23 juillet 1930. A l'examen, on note une ulcération allongée sur la face interne du pavillon de l'oreille droite, ulcération des dimensions d'une pièce de 1 franc, couvrant la moitié supérieure de l'antitragus et arrivant jusqu'à la bordure de l'oreille, en s'arrêtant, en dedans, au niveau du rebord de la conque.

Pas d'adénopathies.

Le 26 juillet 1930, ablation du pavillon de l'oreille, à l'anse diathermique, par M. le Professeur Réchou.

Un an après, en juillet 1931, le malade est porteur d'une adénopathie angulo-maxillaire droite du volume d'une petite noix. L'état général est toujours excellent.

M. le Professeur Chavannaz pratique une intervention chirurgicale le 17 juillet 1931 : Incision type Morestin, en Y. Curage sous-mental, sous-maxillaire et carotidien droit. Ablation du ganglion angulo-maxillaire et des ganglions du groupe spinal. La branche postérieure de l'incision en Y est prolongée vers le haut, verticalement, en avant de l'oreille, la parotide est dégagée et semble macroscopiquement néoplasique. Le rebord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur est partiellement réséqué à la gouge pour lier un pédicule veineux qui saigne abondamment.

Suites opératoires normales.

Un an après, en février 1932, bon état local; on note simplement une lagophtalmie de l'œil droit et un peu d'infection cornéenne suite de la paralysie faciale opératoire.

Janvier 1936 : Guérison clinique.

### Observation LIX.

P... (Armand), 52 ans. Marin en retraite.

Le malade fait remonter le début de son histoire en 1913. A la suite d'une coupure au niveau du tragus, il se forme un croûte qui tombe, puis un petit bouton suintant, lésions qui vont en s'agrandissant sans douleur.

Le malade fait, en 1921, une séance de radiothérapie à l'Hôpital Pellegrin.

En 1925, la lésion atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs. Radiothérapie au Val-de-Grâce, à Paris : une dizaine de séances de 30 minutes. Mais la lésion grandit, la douleur apparaît et devient vite intolérable.

En novembre 1930, le malade subit l'amputation du pavillon de l'oreille par son Docteur, qui l'adresse au Centre, où est pratiquée

une diathermo-coagulation à l'électrode sphérique de Bordier, après biopsie ayant montré qu'il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire.

En avril 1931, le malade fait un érysipèle de la face.

Il est revu en juin 1931 : Il présente au niveau de la région diathermo-coagulée une plaie à bords réguliers, des dimensions d'une demi-paume de main, mais, au niveau de la partie supérieure temporale de la plaie, bourgeon suspect, ainsi qu'au niveau de la partie inférieure.

*Biopsie :* Epithélioma du type intermédiaire.

On diathermo-coagule ces bourgeons en juin 1931. En janvier 1932 nouvelle diathermo-coagulation.

Décès, en avril 1934, des suites de son affection.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne présente aucune difficulté à la phase d'ulcération si l'on admet que la biopsie doit être systématiquement pratiquée pour toute ulcération persistante du pavillon de l'oreille. Le diagnostic ne peut se discuter réellement qu'à la phase tumorale.

On éliminera : le fibrome, d'accroissement lent, recouvert d'une peau normale; le lipome, à sa mollesse, à sa consistance lobulée. L'angiome a des caractères cliniques si nets qu'on ne saurait s'y tromper, il en est de même pour le simple hématome.

A la phase tout à fait de début, il faudra songer à éliminer les verrues, les nævi, les engelures, surtout lorsqu'elles sont fissurées.

Dans les formes tumorales, toujours, il faudra songer à l'éléphantiasis du pavillon, tumeur très rare, ainsi qu'au lymphangiome, au kyste dermoïde, aux fibro-chondromes branchiaux, toutes ces tumeurs étant des raretés.

Plus difficile est le diagnostic de l'épithélioma du pavillon de l'oreille d'avec le sarcome, la rapidité de l'évolution devra y faire songer, surtout si l'on pense que l'épithélioma du pavillon est une tumeur qui, au moins au début, évolue très lentement. A la phase d'ulcération, le diagnostic est facile, la biopsie systématique apporte la certitude; cliniquement, même, l'aspect n'est pas le même, le sarcome s'étale en bourgeons charnus, rouges, saignants, mous, friables, en choufleur.

A cette phase d'ulcération, peu d'affections ressemblent à

l'épithélioma. Nous citerons pour mémoire les plaies traumatiques, l'eczéma, le lupus, qui peut faire le lit du cancer, les kystes sébacés ouverts à la peau, l'actinomycose. L'ulcération syphilitique est plus difficile à diagnostiquer. Ses caractères cliniques bien particuliers et surtout la biopsie, qui doit précéder toute tentative thérapeutique, donneront la clef du problème. Il en est de même pour la tuberculose.

## TRAITEMENT

Le traitement de l'épithélioma du pavillon de l'oreille, comme celui de tous les cancers cutanés, est classable, ou plutôt était classable en cinq méthodes thérapeutiques : mécanique, chimique, biologique, physique, chirurgicale.

Parmi ces méthodes, il en est de désuètes, et que nous ne citerons qu'à titre historique. Parmi celles-ci, les mécaniques et les chimiques sont, du reste, totalement abandonnées depuis longtemps. Les méthodes mécaniques consistaient en la ligature, la compression, le broyage, l'écrasement de la tumeur.

Les moyens chimiques sont beaucoup plus nombreux, ils mettaient entre les mains du thérapeute, un arsenal quasi inépuisable et dont l'abondance n'excluait pas l'inefficacité. Selon les auteurs, selon les moments, les substances les plus diverses ont connu la vogue : l'alcool, le chlorate de potasse, le bleu de méthylène, la résorcine, le phénol, la teinture de thuya, le chlorate de soude, les acides les plus divers : acide salicylique, acide pyrogallique, acide phénique, acide azotique, acide chromique, acide sulfurique, acide chlorhydrique, les caustiques les plus variés, nitrate d'argent, chlorure de zinc en application externe, sous forme de pâte de Canquoin, ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Chlorure d'antimoine | 30 |
| Chlorure de zinc | 60 |
| Farine de froment | 160 |

ou, mieux, en injections sous-cutanées, selon la méthode sclérogène de Lannelongue, la potasse caustique, sous la forme de pâte de Pollau :

| | |
|---|---|
| Potasse caustique | 4 |
| Chaux hydratée | 30 |
| Savon médicinal sec | 4 |

ou de pâte de Vienne :

| | |
|---|---|
| Potasse caustique à la chaux | 50 |
| Chaux vive | 60 |
| Alcool à 95 degrés | Q.V. |

la soude caustique, selon la méthode de Köster : enveloppements permanents des épithéliomas ulcérés avec des solutions de soude caustique de 5 à 15 p. 100.

L'acide arsénieux eut son heure de célébrité, soit en injection, soit en solution alcoolique (Czerny-Trunecek), soit, le plus souvent, sous formes de pâtes caustiques au 1/10, douloureuses, ou sous forme des vieilles préparations du Codex :

*Poudre du Père Côme ou de Rousselot :*

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux | 1 |
| Cinabre | 5 |
| Eponge torréfiée | 2 |

*Pâte de Plunkett :*

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux | 4 |
| Fleur de soufre | 30 |
| Renoncule âcre | 30 |
| Asc fétide | 30 |

*Poudre de Justamond :*

| | |
|---|---|
| Sulfure d'antimoine | 16 |
| Acide arsénieux | 1 |
| Extrait d'opium | 5 |

*Poudre de Dupuytren :*

| | |
|---|---|
| Arsenic blanc | 1 |
| Mercure doux | 199 |

*Caustique de Landolfi :*

| | |
|---|---|
| Térébenthine | 6 |
| Huile d'olive | 30 |
| Cire jaune | 40 |
| Blanc de baleine | 6 |
| B. de santal pulv. | 4 |
| Camphre | 2 |

*Poudre arsenicale de Dubois :*

| | |
|---|---|
| Cinabre | 16 |
| Acide arsénieux | 1 |
| Sang-dragon | 8 |

*Poudre de Baummann :*

| | |
|---|---|
| Noir de fumée | 1 |
| Nitre | 2 |
| Acide arsénieux | 2 |
| Racine de gonet | 2 |
| Carb. de potasse | 2 |

*Poudre sans pareille :*

| | |
|---|---|
| Orpiment .. } ââ | 8 |
| Verdet .... } | |
| Alun calciné | 30 |
| Colcothar | 15 |

Les méthodes thérapeutiques que nous avons dénommées biologiques sont des méthodes encore à l'étude; elles ont fait naître beaucoup d'espoir, mais aussi, hélas ! beaucoup de déceptions...

On a essayé différents sérums, depuis les travaux déjà lointains de Fehleisen, Héricourt, Richet, etc., de Coley, qui inocula d'abord l'érysipèle, puis utilisa ensuite seulement les toxines streptococciques; d'Emmerich et School, qui injectèrent du sérum antistreptoccocique; pour aboutir, en passant par la nectrianine, la cancroïne, et combien d'autres produits, aux préparations plus récentes comme les gloxines (extraits tumoraux), la backérine (culture de saccharomyces cérévisiae), associée au sulfate de magnésie et au sulfate de manganèse, le venin de cobra ou cobra-toxine, actif, du reste, dans certains cas, contre la douleur.

A côté de ces procédés thérapeutiques, que nous ne citons que pour être complet, il en est d'autres plus importants, ce sont les procédés physiques, que nous diviserons en deux groupes :

Le premier, qui comprend des procédés peu utilisés, ou même définitivement abandonnés, qui n'ont jamais été utilisés chez les malades de nos observations et sur lesquels nous ne nous étendrons pas; le second groupe comprend, au contraire, des procédés thérapeutiques couramment employés.

Dans le groupe premier, il faut d'abord, citer la chaleur,

qui fut appliquée de bien des manières : le simple fer rouge, d'abord, que Sédillot considérait comme le meilleur traitement, puis le thermocautère et le galvanocautère.

A l'opposé, le froid, la cryothérapie, qui fut appliquée d'abord à l'aide d'un mélange de glace et de sel, puis à l'aide du chlorure d'éthyle (Arning), puis avec un mélange de chlorure d'éthyle + chlorure de méthyle. On utilisa même l'air liquide en application locale avec un coton monté sur une pince, avec du reste, de nombreux accidents de gangrène. Le dernier-né de la cryothérapie, c'est la neige carbonique. Le principe en est simple : du gaz carbonique comprimé (en général sous 36 à 50 atmosphères) est conservé à l'état liquide dans un obus; la détente de ce liquide donne un jet qui se solidifie instantanément sur la partie qu'il atteint en donnant la neige carbonique, qui redonne du $CO^2$ sans passer par l'état liquide. On obtient ainsi un abaissement de température de l'ordre de 80 degrés. L'appareil le plus communément employé est celui de Lortat-Jacob, qui permet de doser la pression, le temps d'application, la localisation exacte, grâce à son cryocautère, ou bien celui de Vignat.

A côté du froid et du chaud, des méthodes qui n'offrent plus aucun intérêt : l'actinothérapie, l'héliothérapie, la photothérapie, l'étincelage, utilisant des courants de haute fréquence, etc.

Il faut cependant faire une petite place à l'électrolyse, qui fut davantage utilisée. L'électrolyse emploie le courant continu, et, si les électrodes sont introduites dans les tissus, il se dégage de l'acide chlorhydrique au pôle positif avec formation d'une escarre noire et sèche résultant de la destruction des tissus avoisinant l'électrode. Au contraire, au niveau de l'électrode négative, production de soude avec destruction des tissus voisins et cicatrice souple. C'est cette dernière qui fut le plus communément employée, dans le traitement de l'épithélioma cutané (Brocq et Belot).

Nous le répétons, aucun de nos malades ne fut soumis à une quelconque de ces méthodes.

Parmi les procédés physiques, ceux du groupe deuxième sont incontestablement, et de très loin, les plus importants, en ce qui concerne le traitement de l'épithélioma du pavillon de l'oreille.

Tous ces procédés ont été mis en œuvre chez nos malades. Ce sont :

la diathermo-coagulation;
la radiothérapie;
la curiethérapie;
la télécuriethérapie.

La diathermo-coagulation a été utilisée surtout dans les formes de début très localisées, sans aucune adénopathie, ou dans les récidives locales et limitées. C'est une intervention simple, le principe en étant le suivant : On utilise des courants de haute fréquence, mais les électrodes, au lieu d'être de surfaces analogues ou à peu près analogues, sont très dissemblables : l'une est de grande surface, c'est l'électrode indifférente; l'autre est très petite, souvent même en forme de pointe. Du fait de cette asymétrie, l'intensité devient très élevée dans les tissus sous la pointe et tout autour d'elle et même à son voisinage immédiat les albumines tissulaires sont détruites, coagulées.

C'est une intervention facile, élégante, ne nécessitant qu'un matériel réduit et à la portée de tous les praticiens. Nous en discuterons la valeur dans un chapitre ultérieur.

En ce qui concerne nos malades, la diathermo-coagulation a été appliquée dans 18 cas différents, soit près de 1 cas sur 3...

Dans 5 cas seulement, la diathermo-coagulation a été utilisée comme traitement unique (voir obs. VI, XIX, XX, XXIV, XXXV).

Dans 4 cas, la diathermo-coagulation a été le temps primitif du traitement, mais a été suivie : de radiothérapie

(obs. XXVI); de radiothérapie et d'une nouvelle diathermo-coagulation (obs. XVI); d'une autre diathermo-coagulation, puis de radiothérapie, puis d'une autre diathermo-coagulation (obs. XLIX); enfin, de l'ablation du pavillon de l'oreille, de curiethérapie et de radiothérapie à deux reprises différentes (obs. XXX).

Dans 1 cas (obs. XXV), elle a succédé immédiatement à une intervention chirurgicale (ablation du pavillon) et n'a été suivie d'aucun autre traitement.

Dans 1 autre cas (obs. XLV), elle a été précédée d'un traitement radiothérapique et n'a été suivie d'aucun autre traitement.

Enfin, dans les autres cas, la diathermo-coagulation n'a été qu'un traitement épisodique encadré de traitements variés.

Ce sont :

— Obs. XIV : Intervention chirurgicale limitée + diathermo-coagulation + ultérieurement radiothérapie;
— Obs. XXVIII : Ablation du pavillon de l'oreille + diathermo-coagulation + radiothérapie;
— Obs. XXXVI : Ablation du pavillon de l'oreille + diathermo-coagulation + radiothérapie;
— Obs. XXXVII : Ablation du pavillon de l'oreille + diathermo-coagulation + curiethérapie + radiothérapie;
— Obs. XLVII : Ablation de la tumeur au bistouri électrique + diathermo-coagulation ultérieure + ablation du pavillon à l'anse diathermique + radiothérapie;
— Obs. LIX : Radiothérapie + oblation du pavillon de l'oreille + diathermo-coagulation + nouvelle diathermo-coagulation ultérieure.

Nous verrons, quand nous étudierons les résultats du traitement de l'épithélioma du pavillon de l'oreille et que nous

comparerons les différentes méthodes à ce sujet, ce qu'il faut penser de la diathermo-coagulation.

A côté de la diathermo-coagulation, a pris place dans l'arsenal des moyens thérapeutiques physiques une arme excessivement puissante : la Radiothérapie.

Les rayons X furent utilisés dans le traitement des épithéliomas du pavillon de l'oreille en même temps qu'on les utilisait dans les autres épithéliomas cutanés.

C'est en 1900 qu'eurent lieu les premiers essais, dus à Thor Stenbeck, puis Sjören et Bollaan.

La méthode suscita aussitôt une vague d'enthousiasme, mais des accidents fréquents de radiodermites, de radionécroses graves, devaient bientôt modérer cet élan, surtout en France, et c'est en Angleterre et en Amérique que la méthode continua à être le plus utilisée. Les rayons X furent employés soit seuls, comme l'ont fait Williams, Johnson et Merril, soit secondairement à une intervention chirurgicale limitée (Malcom, Morris, Dore), soit associés à des méthodes médicales, comme Coley et sa toxine streptococcique...

A ce moment-là se placent les travaux de Béclère, Holzknecht, Benoist et de Sabouraud, Noiré, sur la mesure des rayons X. En effet, Benoist crée son radio-chronomètre, basé sur le rapport de transparence entre une feuille d'argent et des épaisseurs croissantes d'aluminium.

Sabouraud et Noiré ont un autre principe : ils dosent leurs rayons X en se basant sur le virage d'un papier imprégné de platino-cyanure de baryum et comparé à une échelle étalon.

Maintenant on sait doser l'arme dont on dispose, les travaux se multiplient : ce sont ceux de Brocq, de Bisserié, de Belot, de Tuffier, d'Haret Desfosses, Bergonié, Coriat, Reboul, Guilleminot, Monod, Boucher, etc.

Cependant, en ce qui concerne le pavillon de l'oreille, on se heurte vite à des difficultés techniques considérables : la superficie couverte par la lésion est excessivement irrégulière, d'où difficulté de constituer une irradiation homogène;

la composition même du pavillon de l'oreille avec son cartilage, est un facteur fâcheux, car une dose radiothérapique qui serait correcte pour une autre région entraîne au pavillon de l'oreille un chondro-nécrose interminable. De plus, le pavillon de l'oreille est immédiatement en contact avec des parties osseuses importantes du squelette crânien, et une dose de rayons X à peine trop forte ou même à peine suffisante pour détruire la tumeur pourra provoquer une ostéo-radionécrose du temporal, avec ses suppurations interminables et ses complications redoutables possibles. Un cas typique, en l'espèce, est l'exemple rapporté dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, en 1926, par notre Maître, le Docteur Lachapèle, où la guérison du malade, persistant trois ans après, ne fut obtenue qu'au prix d'une radionécrose du temporal.

Au point de vue radiothérapie de l'épithélioma du pavillon de l'oreille, on est donc pris entre cette double alternative : ou ne pas faire assez, et s'exposer à avoir un traitement inefficace; ou faire l'inverse, et risquer une ostéonécrose. Dans ce cancer plus que dans aucun autre peut-être, la question de technique, de dosage rigoureux, importe au premier chef...

Mais ce n'est pas tout : nous avons vu que l'épithélioma du pavillon de l'oreille s'étend rapidement au conduit auditif externe, particulièrement difficile à atteindre au point de vue radiothérapique, et où les risques d'ostéonécrose sont évidemment maximum.

Enfin, l'épithélioma du pavillon de l'oreille est un épithélioma le plus souvent très infecté. Il ne faut pas faire de la radiothérapie dans ces conditions, on doit, avant de mettre le malade en traitement, procéder à une désinfection soigneuse de la lésion.

Temps long, qui fait souvent perdre des jours précieux, temps ingrat s'il en fut, mais cependant condition essentielle d'un bon résultat ultérieur !...

Il ne faut pas oublier que l'épithélioma du pavillon de

l'oreille est un épithélioma qui fait des métastases ganglionnaires, et la radiothérapie de la tumeur devra parfois être complétée par un radiothérapie ganglionnaire, combien plus aléatoire...

Il est une cause des échecs radiothérapiques que l'on invoquait même ces temps derniers encore : c'est le fait que l'épithélioma de l'oreille est radiorésistant, parce que le plus souvent spino-cellulaire. C'est une cause à rejeter, car, en matière d'épithélioma du pavillon, on a des succès et des échecs, indifféremment avec des baso-cellulaires ou des spino-cellulaires. Ce qui est plus grave, c'est que l'on est obligé d'essayer de donner la dose maxima dès le premier traitement radiothérapique, car la tumeur deviendrait radiorésistante, « vaccinée », aux traitements ultérieurs, et cette nécessité jointe à la crainte des radionécroses et aux réactions individuelles, si variées, est une cause de soucis constants et de difficultés nouvelles pour le radiothérapeute.

Ce premier traitement radiothérapique sera, du reste, appliqué différemment selon les tempéraments, certains préconisant l'emploi de doses massives dans le minimum de temps, d'autres, au contraire, préférant espacer les séances. Il semble bien qu'à l'heure actuelle l'accord tende à se faire sur les doses fortes d'emblée, en les échelonnant le moins possible, comme le préconise Regaud.

Enfin, il faudra savoir ne pas se réjouir trop tôt d'un résultat immédiat, qui peut paraître brillant, et qui explique que l'on ait longtemps considéré et que certains considèrent encore l'épithélioma du pavillon de l'oreille comme relativement bénin. Là comme en beaucoup d'autres choses, il faut attendre l'épreuve du temps.

Au Centre anticancéreux de Bordeaux, la radiothérapie est appliquée : soit avec un appareil Siemens, fourni au titre des réparations, soit avec un appareil à tension constante de la Compagnie générale de radiologie (Gaiffe, Gallot, Pilon), avec refroidissement par bain d'huile. Ces appareils fonctionnent normalement sous 200 kilovolts et 4 milliampères. Les doses sont mesurées au Hammer.

Enfin, le Centre anticancéreux de Bordeaux possède un appareil pouvant fonctionner sous 300.000 volts et même un demi-million de volts. C'est un appareil à tension constante de la Compagnie générale de radiologie et qui est muni d'un tube Philips.

En ce qui concerne nos observations : la radiothérapie a été très largement utilisée, puisque 37 de nos malades ont été ainsi traités : soit plus de 60 p. 100.

Dans 14 cas (près du quart de nos malades), la radiothérapie a été le seul traitement instauré : dans 11 cas, la radiothérapie ayant été appliquée en un seul traitement (obs. IV, XVIII, XXI, XXII, XXIX, XXXII, XXXIX, XLII, XLIII, L, LI), dans 2 cas, la radiothérapie ayant du être répétée : observation XLIV, trois mois après le premier traitement; observation LII, deux mois après.

Dans 7 cas, la radiothérapie a été le temps complémentaire d'une intervention chirurgicale, et n'a été suivie d'aucun autre mode de traitement.

— 1 fois après simple exérèse de la tumeur, et a du être répétée à un an d'intervalle (obs. III);

— 5 fois après ablation du pavillon de l'oreille, soit au bistouri électrique, au bistouri simple ou à l'anse diathermique (obs. I, II, XVII, XXXI, XXXVI);

— 1 fois après ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique, mais aussi curage ganglionnaire trois mois après, et la radiothérapie ayant succédé au curage ganglionnaire à trois mois d'intervalle (obs. LVII);

— Enfin, dans 8 cas, la radiothérapie a été le traitement d'attaque, comme dans les 12 cas cités plus haut, mais elle a dû être suivie de traitements variés.

— Obs. IX : Radiothérapie + télécuriethérapie six mois après;

— Obs. XII : Radiothérapie + radiothérapie nouvelle quatre ans après + diathermo-coagulation trois ans après;

— Obs. XXXVIII : Radiothérapie + curage ganglionnaire cinq ans après;

— Obs. XLI : Radiothérapie suivie de curiethérapie trois ans plus tard;

— Obs. XLVI : Radiothérapie + ablation secondaire du pavillon;

— Obs. LV : Radiothérapie + exérèse de la tumeur au bistouri électrique un an après, suivie de télécuriethérapie un mois plus tard;

— Obs. LIX : Radiothérapie + radiothérapie à nouveau quatre ans après + ablation du pavillon de l'oreille cinq ans plus tard, suivie d'une diathermo-coagulation immédiate, et qui a dû être répétée deux fois, à des intervalles de un an et de six mois;

— Obs. XLV : Radiothérapie + diathermo-coagulation.

Dans les 8 autres cas restants, où la radiothérapie a été appliquée, cette radiothérapie a été précédée de traitements autres que la chirurgie (avec ou sans celle-ci) ou précédée et suivie de traitements très divers : précédée de diathermo-coagulation (obs. XXVI), précédée et suivie de diathermo-coagulation (obs. XIV), précédée de diathermo-coagulation et d'exérèse du tragus (obs. XIII); d'ablation du pavillon et de diathermo-coagulation ayant suivi de huit mois l'intervention chirurgicale (obs. XXVII); d'ablation de la tumeur au bistouri électrique; de diathermo-coagulation un mois après, d'ablation du pavillon de l'oreille à l'anse diathermique quatre mois après (obs. XLVII), la radiothérapie ayant, du reste, été dans ce cas-là une radiothérapie de métastase ganglionnaire.

Dans l'observation XXIII, la radiothérapie a été précédée d'ablation du pavillon de l'oreille et de curiethérapie; dans l'observation XXXVII, la radiothérapie a été précédée d'ablation du pavillon, de diathermo-coagulation et de curiethérapie. Dans l'observation XXX, enfin, la radiothérapie a été précédée de diathermo-coagulation, d'ablation du pavillon, de curiethérapie, et cette radiothérapie de la tumeur a été suivie de radiothérapie ganglionnaire six mois après.

En ce qui concerne la technique de ces traitements, nous

renvoyons aux observations correspondantes, car nous avons indiqué pour chaque cas le protocole de radiothérapie employée, les doses étant mesurées au Hammer.

Dans un chapitre spécial, où nous étudierons les résultats obtenus par les différents modes thérapeutiques utilisés chez les malades de nos observations, nous reviendrons sur ce traitement radiothérapique.

A côté de la radiothérapie, se place la curiethérapie. La curiethérapie peut s'administrer sous plusieurs formes : la curiethérapie interne, consistant à mettre un ou plusieurs tubes contenant du radium à l'intérieur d'une cavité naturelle. En ce qui concerne le pavillon de l'oreille, ce procédé peut s'appliquer aux épithéliomas ayant gagné le conduit auditif externe pour le traitement de cette portion de la tumeur, en introduisant un tube de platine contenant du radium à l'intérieur de ce conduit. C'est une méthode qui ne présente guère plus qu'un intérêt historique. On peut également pratiquer la radiumpuncture, qui consiste à planter des tubes de platine contenant du radium dans la tumeur. C'est un procédé utilisé dans le traitement de nombreux épithéliomas, mais impraticable en ce qui concerne l'épithélioma du pavillon de l'oreille, les risques de radionécrose étant trop grands.

Signalons, pour mémoire, un procédé imaginé par Duane, en 1919, et utilisé au Memorial Hospital de New-York par Janeway, et qui consistait à farcir la tumeur de tubes minuscules contenant de l'émanation de radium; ces tubes, d'abord en verre, furent remplacés par Failla, en 1926, par des tubes d'or, qui donnaient une filtration meilleure. Deux procédés ont été utilisés chez nos malades. Ce sont : la curiethérapie juxtacutanée et la télécuriethérapie.

La curiethérapie juxtacutanée fut utilisée par Wickham et Degrais dans des appareils de caoutchouc placés à même la peau.

En 1917, Edling et Berven essayèrent les premiers appareils moulés. Janeway, Failla, Regaud, perfectionnèrent la

méthode, et, en 1922, Esguerra, Monod et Richard composaient la pâte Colombia actuellement employée.

On utilise au Centre anticancéreux de Bordeaux des tubes chargés de 5 à 10 milligrammes de radium-élément, le rayonnement étant filtré sur un millimètre de platine. Ces tubes sont placés à la partie supérieure d'un appareil en pâte Columbia, de forme correspondant à la portion que l'on veut irradier.

La distance de la peau aux tubes radifères correspond à l'épaisseur de la pâte Columbia. Lorsqu'on veut avoir des distances assez grandes, et pour éviter d'alourdir l'appareil dans des proportions gênantes pour le patient, on peut le placer sur un support de liège.

La partie de l'appareil non en contact avec la peau et les faces latérales sont protégées par des lames de plomb.

Cette méthode exige, pour avoir de bons résultats, une homogénéité aussi complète que possible du faisceau irradiant, cette homogénéité est obtenue par une disposition judicieuse et variant selon la forme de chaque appareil, des tubes radifères. Elle est contrôlée, au Centre anticancéreux de Bordeaux, par la photographie. Tout appareil, avant sa mise en place, impressionne une pellicule photographique, qui montre l'efficacité ou non de la protection souvent déficiente aux angles de l'appareil et l'homogénéité ou non du faisceau irradiant.

Ce n'est qu'après que la photographie a donné satisfaction que l'appareil est utilisé.

Ce procédé thérapeutique exige un personnel dévoué, intelligent, précis surtout, pour que la mise en place de l'appareil soit correcte, et que le temps de pose corresponde rigoureusement aux doses que l'on veut donner.

A côté de la curiethérapie, se place la télécuriethérapie. La télécuriethérapie, au Centre anticancéreux de Bordeaux, est administrée à l'aide d'un appareil chargé de 4 grammes de radium, enfermé dans une cupule protectrice, réalisant une protection efficace des régions voisines. Le faisceau est canalisé. L'appareil est orientable dans le sens voulu.

Parmi nos observations nous relevons : 2 malades traités par télécuriethérapie :

Obs. IX : La télécuriethérapie ayant été précédée de radiothérapie. La dose reçue étant de 430 millicuries détruits.

Obs. LV : La télécuriethérapie ayant succédé à l'ablation chirurgicale du pavillon de l'oreille et de la tumeur préauriculaire. Dose reçue : 133,3 millicuries détruits, le traitement ayant été interrompu par suite du mauvais état général du malade.

5 de nos malades ont été traités par curiethérapie juxtacutanée.

Une seule fois la curiethérapie a été le seul traitement instauré (obs. VIII) : 5 aiguilles de 10 milligrammes de radium. Dose reçue : 13,5 millicuries détruits.

La curiethérapie a été précédée d'intervention chirurgicale et de diathermo-coagulation dans 2 cas : dans le premier (obs. XXXVII), elle a été le traitement terminal (dose reçue : 432 millicuries détruits); dans le second, elle a été suivie de radiothérapie (105 millicuries détruits).

Dans un cas (obs. XXIII), dose reçue : 293,70 millicuries détruits, elle a été suivie de radiothérapie et précédée d'ablation chirurgicale du pavillon.

Enfin, dans le dernier cas (obs. XLI), elle a été simplement précédée de radiothérapie (dose reçue : 27,8 millicuries détruits).

Il nous reste maintenant à envisager le traitement chirurgical de l'épithélioma du pavillon de l'oreille.

Ce traitement chirurgical peut consister en une intervention limitée ou bien être un traitement chirurgical plus large, s'accompagnant de curage ganglionnaire.

Les interventions limitées consistent dans la simple exérèse de la tumeur ou bien dans l'ablation du pavillon de l'oreille, au bistouri simple, au bistouri électrique, ou à l'anse diathermique.

Ces interventions limitées remontent aux premières observations d'épithélioma du pavillon. Déjà Fisher procède à

l'amputation du pavillon chez un jeune berger de 20 ans atteint d'une vaste ulcération de cet organe. L'absence de documents histologiques et surtout l'âge du malade permettent de douter qu'il s'agît, en réalité, d'un épithélioma. Velpeau, en 1865, dans la *Gazette des hôpitaux*, rapporte un cas où il intervient également pour un épithélioma du pavillon. Il circonscrit la tumeur par deux incisions semi-elliptiques et l'enleva ainsi. Bouisson, en 1869, dans le *Montpellier médical*, rapporte deux observations de malades qu'il fit opérer pour épithélioma du pavillon.

Le premier fut opéré par le Docteur Leguy. Le pavillon de l'oreille malade fut circonscrit par deux incisions semi-elliptique, se regardant par leur concavité : « La première étendue de l'insertion, de l'extrémité antérieure de l'hélix jusqu'à la partie antéro-supérieure du lobule, et comprenant le tragus dans sa concavité, fut poussée jusqu'au demi-cercle antérieur de l'ouverture du conduit auditif. La seconde incision, circonscrivant en arrière le relief de la conque, partit de l'extrémité supérieure de la première pour la rejoindre au-dessous du lobule. »

En ce qui concerne le second malade, « le bord antérieur du pavillon étant sain fut respecté, une incision verticale, aboutissant au bas de l'oreille, permit de conserver une portion de l'hélix et du tragus. La demi-ellipse postérieure, tracée ensuite par le bistouri, fut dirigée de manière à former une excavation aboutissant au point où le fibro-cartilage de l'oreille s'insère aux inégalités du conduit osseux. »

La simple exérèse de la tumeur est très rarement utilisée aujourd'hui, l'ablation du pavillon est employée beaucoup plus fréquemment, rarement cependant comme temps unique du traitement, elle est associée, le plus souvent, à une diathermo-coagulation ou précède un traitement curiethérapique ou radiothérapique, ou même un temps chirurgical complémentaire, ce temps chirurgical complémentaire consistant à intervenir secondairement sur les adénopathies néoplasiques soit, le plus souvent, par curage ganglionnaire cervical, parfois par ablation de la parotide.

Nous arrivons rapidement à cette idée que la chirurgie, dans l'épithélioma du pavillon de l'oreille, peut être considérée de façons très diverses quant au rôle que l'on peut lui attribuer.

En effet, on peut considérer la chirurgie comme préparant l'intervention physiothérapique (opération de propreté ou interventions limitées devant être suivies systématiquement d'un traitement physiothérapique).

Mais la chirurgie peut être utilisée également secondairement à la physiothérapie, le traitement radiothérapique ou curiethérapique agissant sur la lésion même, et le traitement chirurgical étant dirigé contre les adénopathies néoplasiques. Et même, si la chirurgie est envisagée sous cet angle, deux tendances diverses s'affrontent : certains n'intervenant qu'au prorata des adénopathies cliniquement perceptibles, d'autres, au contraire, comme M. le Professeur Bérard, préconisant le curage ganglionnaire au moindre doute, et même systématiquement, car il existe des cas où « le curage fait systématiquement a montré des ganglions insoupçonnés et histologiquement néoplasiques ». Il pratique à cet effet un curage ganglionnaire cervical avec ablation de l'oreille en bloc, « en commençant par le curage ganglionnaire, pour terminer par l'ablation de l'oreille enlevée attenante au sterno-cléido-mastoïdien et au paquet ganglionnaire; on utilise la technique élargie et on pratique l'évidement ganglionnaire total en sacrifiant le sterno-cléido-mastoïdien et la jugulaire interne... en cas de doute, il est de règle au Centre anticancéreux (de Lyon) de pratiquer la résection du ventre postérieur du digastrique en vue d'explorer l'espace rétro-stylien et de poursuivre la jugulaire jusqu'à la base du crâne, en extirpant les ganglions qui peuvent se trouver là » (thèse F. Cortial).

Enfin, on peut être amené à l'extirpation de la parotide au cours de l'évolution de l'épithélioma du pavillon, soit que l'on intervienne sur une glande cliniquement envahie par la

tumeur, soit que l'on préconise, comme Forgue, l'ablation systématique de la glande.

L'extirpation de la parotide n'est pas une intervention de tout repos : c'est une intervention grave, difficile, et Tillaux disait d'elle : « mieux vaut laisser mourir les gens que les tuer », ce qui paraît exagéré : au Centre anticancéreux de Bordeaux, comme nous le verrons plus loin, cette intervention a été pratiquée plusieurs fois sans accidents.

Il n'en est pas moins vrai que c'est une opération grave, malgré la technique bien réglée par Bérard et Leriche, dans la *Revue de chirurgie* de 1906.

J.-L. Faure décrit huit pédicules qui doivent être sectionnés méthodiquement :

1° Un pédicule antérieur, formé par le canal de Sténon, l'artère transverse de la face, quelques veines et un filet du nerf facial;

2° Un pédicule temporal, formé par l'artère et la veine temporales superficielles et le nerf auriculo-temporal;

3° Un pédicule extra-condylien, comprenant des veines venues du plexus ptérygoïdien et gagnant la parotide, qu'elles abordent par sa face profonde;

4° Un pédicule sous-condylien, situé en dedans du col du condyle et comprenant des veines ptérygoïdiennes, analogues aux précédentes et, en plus, l'artère maxillaire interne;

5° Un pédicule stylo-mastoïdien, constitué par le nerf facial et l'artère stylo-mastoïdienne;

6° Un pédicule auriculaire, comprenant l'artère auriculaire postérieure;

7° Un pédicule carotidien, le plus important, comprenant l'artère carotide externe et la veine carotide externe de Farabeuf et Launay;

8° Un pédicule cervical, formé par la veine jugulaire externe.

De plus, pour se donner du jour pour la section du pédicule sous-condylien et le dégagement du prolongement pharyngien de la parotide, il est utile, comme le conseille

J.-L. Faure, de réséquer le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Leriche résèque même le condyle et la moitié postérieure de la branche montante, le trait de scie s'étend verticalement du fond de l'échancrure sigmoïde au bord inférieur du maxillaire, l'articulation temporo-maxillaire est sacrifiée.

On conçoit la gravité et les risques d'hémorragies d'une telle intervention, qui a, en outre, l'inconvénient sérieux de s'accompagner d'une paralysie faciale définitive.

Quoi qu'il en soit, en matière d'épithélioma du pavillon de l'oreille et si l'on veut être logique, les interventions limitées seules sont insuffisantes, elle devront s'accompagner d'un traitement physiothérapeutique.

Si l'on veut être uniquement chirurgical, il faut jouer la règle du jeu en matière de chirurgie du cancer, c'est-à-dire pratiquer l'ablation de la tumeur et des territoires ganglionnaires en bloc... Au Centre anticancéreux de Bordeaux, M. le Professeur Chavannaz pratique dans ce but l'intervention suivante : Ablation en bloc et en un seul temps du pavillon de l'oreille, de la parotide, s'accompagnant de curage ganglionnaire cervical, en prenant soin d'écarter fortement le sterno-cléido-mastoïdien pour aller enlever les ganglions du groupe spinal, et en sacrifiant même l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, qui contient quelques ganglions dans son épaisseur.

La pièce opératoire se présente alors sous l'aspect que montre notre dessin, et qui concerne le malade de l'observation LIII.

Cette intervention évidemment grave a été pratiquée quatre fois, en ce qui concerne les malades de nos observations, et 4 fois avec plein succès opératoire (obs. LIII, LIV, XLVII, LVIII).

L'examen histologique pratiqué systématiquement a montré la légitimité d'une telle intervention, puisque, dans l'observation LIII, des coupes faites en série ont montré la présence de métastases au niveau d'un sterno-cléido-mastoï-

dien cliniquement sain, et que, dans l'observation LVIII, la parotide était, à l'intervention, trouvée cliniquement néoplasique, puisque, dans l'observation LIV, il y avait des métastases au niveau de la chaîne carotidienne, et que, dans l'observation XLVII, il y avait également des métastases au niveau de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien.

L'ablation de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien paraît donc avoir une grande importance dans le traitement chirurgical de l'épithélioma du pavillon de l'oreille.

En ce qui concerne la parotide, dans 1 cas, elle était envahie, mais, dans les 3 autres cas, elle ne présentait pas de métastases, mais, vu la fréquence et la gravité des récidives parotidiennes de l'épithélioma du pavillon, vu aussi l'impossibilité où l'on se trouve de savoir cliniquement si la parotide, les ganglions du cou, le sterno-cléido-mastoïdien ne sont pas déjà envahis, si localisée que paraisse être la lésion du pavillon, et si l'on ne veut jouer que la carte uniquement chirurgicale, nous croyons que l'opération qui consiste à enlever en bloc le pavillon de l'oreille et les territoires lymphatiques correspondants est celle qui présente au maximum les chances d'être l'intervention curative radicale.

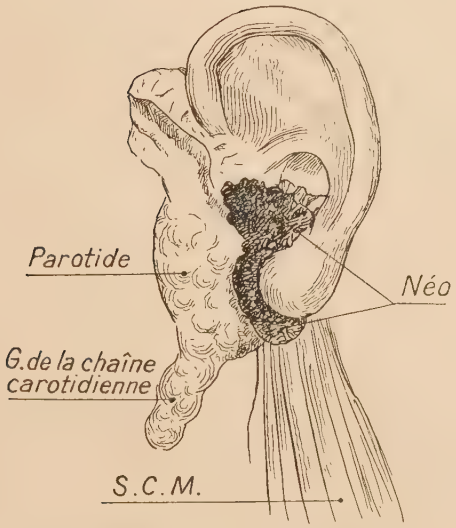
Du reste, dans le chapitre qui suit, nous reviendrons sur les résultats obtenus par cette méthode, en précisant certains points qui ont trait aux observations concernant les 4 cas où elle fut employée.

La chirurgie, au Centre anticancéreux de Bordeaux, ne se borne pas, du reste, à faire cavalier seul : une étroite collaboration unit chirurgiens et physiothérapeutes, comme le prouve l'examen des 59 observations publiées.

Dans 5 cas, l'ablation simple de la tumeur auriculaire a été pratiquée, dans 1 seul cas, déjà ancien, la thérapeutique s'est bornée là (obs. XI), dans les 4 autres cas, cette ablation de la tumeur a été associée à un traitement radiothérapique, curiethérapique ou chirurgical; ce sont :

— Obs. II : Ablation de la tumeur au bistouri électrique + radiothérapie;

Obs. LIII. — Opération le 8 mai 1935.




Pièce opératoire I. — Vue antérieure.

Pièce opératoire II. — Vue postérieure.

— Obs. III : Radiothérapie + ablation de la tumeur, secondairement, + radiothérapie nouvelle répétée encore un an après;

— Obs. XIII : Exérèse du tragus et d'une partie de la région préauriculaire gauche, suivie de diathermo-coagulation et de radiothérapie;

— Obs. XXXVIII : Ablation de la tumeur, + radiothérapie + curage parotidien et évidement pétro-mastoïdien, dans le service de M. le Professeur Portmann.

L'ablation du pavillon de l'oreille a été pratiquée 22 fois. 2 cas concernent les observations LVIII et XLVII, sur lesquelles nous reviendrons. En ce qui touche les 20 cas restants, 2 fois cette ablation du pavillon a été secondairement suivie de curage ganglionnaire, le premier cas (obs. V) concernant un malade opéré par M. le Professeur Jeanneney, qui, trois mois après l'ablation du pavillon, dut faire un curage ganglionnaire cervical (pour adénopathie néoplasique) avec ablation du sterno-cléido-mastoïdien au thermocautère. Là encore, du reste, l'histologie montra la présence de métastases au niveau de cette adénopathie, et, aussi, au niveau du sterno-cléido-mastoïdien.

Dans l'autre cas (obs. LVII), trois mois également après l'ablation du pavillon de l'oreille, M. le Professeur Chavannaz dut pratiquer un curage ganglionnaire cervical, qui fut suivi de radiothérapie.

Dans 6 cas (obs. VII, XIV, XV, X, XLVIII, XXXIII), la thérapeutique s'est limitée à l'ablation pure et simple du pavillon, exception faite du cas X, où le pavillon de l'oreille fut enlevé au bistouri électrique par M. le Professeur Chavannaz, mais où, aussi, l'incision s'étendit un peu, de façon à pratiquer l'exérèse de la peau de la région mastoïdienne, qui contenait un petit nodule suspect, et de l'observation XLVIII, où l'ablation du pavillon, pratiquée au Centre, avait été précédée d'un traitement « électrique », dit le malade, chez le médecin traitant, traitement sur lequel, du reste, il fut impossible d'avoir des renseignements plus complets.

Dans la majorité des cas (12), l'ablation du pavillon de l'oreille a été associée à un traitement physiothérapique. Dans 9 cas, l'ablation du pavillon de l'oreille avait été le temps initial du traitement.

Il fut suivi : de diathermo-coagulation simple 1 fois (obs. XXV); de radiothérapie simple 4 fois (obs. I, XVII, XXXI, XXXVI); de diathermo-coagulation et de radiothérapie dans l'observation XXVIII; de curiethérapie et de radiothérapie dans les observations XXIII, XXX, XXXVII; dans l'observation XXX, du reste, une diathermo-coagulation avait précédé le temps chirurgical.

Dans 3 cas, l'ablation du pavillon de l'oreille a été pratiquée secondairement à un traitement radiothérapique (obs. LV, LIX, XLVI); cette ablation du pavillon a été suivie de diathermo-coagulation dans l'observation LIX, diathermo-coagulation qui a dû être renouvelée, et de télécurietherapie dans l'observation LV.

## RESULTATS

En ce qui concerne les résultats, nous nous cantonnerons dans l'étude des résultats obtenus dans les observations que nous rapportons.

Cependant, à titre indicatif, nous donnerons les résultats obtenus en France le plus récemment. Nous verrons que nous sommes loin des résultats publiés en ce qui concerne les épithéliomas de la face, en bloc, où Merrill donne 65,5 p. 100 de guérisons, Rodman et Pfahler, 63 p. 100, Kenneth Wills, 70 p. 100, Skinner, du Connecticut, 95 p. 100...

Dans l'épithélioma de l'oreille, il faut être bien moins optimiste. Et, chose étrange, les statistiques les plus récentes sont les plus sombres. Il semble pourtant que ce dût être exactement l'inverse, car les techniques se sont perfectionnées. Cette contradiction apparente s'explique par le fait que les statistiques anciennes tenaient compte du résultat immédiat, et non pas lointain, et que la plupart des cas classés sous la rubrique guérison n'étaient que d'apparentes guérisons. Ces statistiques sont donc pratiquement sans valeur; de plus, elles portaient sur un trop petit nombre de cas, la nature exacte de l'affection n'était souvent pas bien établie, la biopsie non pratiquée. Nous n'en parlerons donc point.

Dans sa thèse, en 1879, Lafargue, déjà, écrit justement : « Une opération bien faite, venant à propos, peut être considérée souvent comme une cure radicale, au dire des auteurs que nous citons. Quant à nous, si nous analysons leurs observations, nous trouvons que la plupart ne sont pas concluantes à ce point de vue. En effet, le malade de Demarquay

quitta l'hôpital avant d'être opéré. Ceux de Kramer, de Velpeau, le deuxième de Bouisson, ceux de Chalot, une fois opérés, n'ont plus donné de leurs nouvelles... »

Il y a bien un cas de Bouisson où, après intervention, le malade n'avait pas eu de récidive, vingt ans après, mais aucun examen histologique n'a prouvé qu'il s'agissait réellement d'un épithélioma. L'ablation du pavillon avait été l'opération pratiquée...

Dans sa thèse, en 1922, Vaudier donne les résultats suivants : sur 61 cas, dont seulement 4 observations nouvelles, guérison au bout de :

Quelques mois, 4;
Un an à deux ans, 8;
Quatre ans, 1;
Onze ans, 1;
Sans mention de date, 14.

Si l'on élimine les guérisons sans mention de date et celles de quelques mois, on n'a que 14 guérisons sur 61 cas, guérisons dont 8 ont moins de deux ans.

Les statistiques de l'Institut du radium de l'Université de Paris de 1932, et portant sur les malades traités pour épithélioma du pavillon de 1919 à 1926, permettent de voir les résultats obtenus sur des malades traités depuis plus de cinq ans.

Sur 44 cas, 16 guérisons, soit 36,4 p. 100.

Dans le travail le plus récent sur la question (thèse Félix Cortial, Lyon, 1935), sur 42 observations, 11 guérisons, et, sur ces 11 guérisons :

5 datent de un à trois ans;
2 guérisons seulement de trois à cinq ans;
et 4 de plus de 5 ans.

Mais, plus que ces résultats globaux, ce qui nous intéresse davantage, ce sont les résultats comparés des diverses méthodes thérapeutiques.

Dans ce même travail, nous relevons :

Sur 8 malades traités par l'électro-coagulation seule, 3 malades sont vivants et bien portants, mais ce sont des cas récents; sur 2 malades seulement traités par les rayons X, 2 décès, l'un au bout de six mois, l'autre de quatorze mois.

Sur 6 malades traités uniquement par la chirurgie, 3 guérisons, la plus ancienne de cinq ans, les autres de trois ans et quinze mois, les opérations pratiquées ayant été des interventions limitées sur le pavillon ou, au plus, l'ablation de ce dernier.

12 malades ont été traités par ablation de l'oreille associée au curage ganglionnaire cervical.

Sur ces 12 malades :

5 n'ont pu être retrouvés;
3 sont décédés;
2 ont récidivé au bout de six mois;
2 guérisons seulement.

10 malades ont été traités par association de traitement chirurgical et curiethérapique :

4 n'ont pu être retrouvés;
3 ont récidivé;
3 sont restés guéris, un de ces derniers ayant été perdu de vue deux ans après son traitement.

En ce qui concerne nos observations, nous envisagerons d'abord la diathermo-coagulation.

Ce procédé thérapeutique a été utilisé d'emblée chez 9 de nos malades.

Dans 2 cas (obs. XVI et XXVI), cette diathermo-coagulation a été suivie immédiatement de radiothérapie. Il est donc difficile de savoir la part qui revient à la diathermo-coagulation celle qui revient à la radiothérapie.

Quoi qu'il en soit, un des malades (obs. XXVI) a été perdu de vue, l'autre est cliniquement guéri depuis quatre ans

(obs. XVI). Dans un autre cas (obs. XXX), la diathermo-coagulation a été suivie de récidive deux mois après, ayant nécessité des traitements divers (curiethérapie, radiothérapie, etc.), n'ayant pu entraver la marche de l'affection.

Enfin, dans 1 cas (obs. XLIX), huit ans après il existait une guérison clinique de la lésion préauriculaire, mais il est apparu une lésion nouvelle, du pavillon cette fois, ayant nécessité un traitement radiothérapique qui a amené une guérison persistant depuis deux ans.

Enfin, dans 5 cas, la diathermo-coagulation, traitement d'attaque, a également été le traitement unique (obs. VI, XIX, XX, XXIV, XXXV) :

1 malade a été perdu de vue;
4 sont guéris cliniquement,

dont 3 depuis six, sept et huit ans.

Donc, si on laisse de côté les 2 cas où la diathermo-coagulation a été suivie de radiothérapie immédiate, dans les 7 cas restants, on a :

Malade perdue de vue, 1;
Récidive, 1;
Guérisons cliniques, 5.

La diathermo-coagulation paraît donc être un bon traitement des formes de début, puisqu'elle nous donne 71,4 p. 100 de guérisons cliniques persistantes.

En ce qui concerne la radiothérapie, 21 fois elle a été le traitement appliqué d'emblée.

Dans 8 cas (obs. IX, XII, XXXVIII, XLI, XLV, XLVI, LV, LIX), elle s'est accompagnée de récidives nécessitant un traitement autre, ces récidives étant apparues de un à quatre ans après le traitement radiothérapique.

Si 2 malades de ces observations ont été perdus de vue, 6 sont décédés des suites de leur affection, quel qu'ait été le traitement appliqué secondairement sur la récidive.

Dans 13 cas (obs. IV, XVIII, XXI, XXII, XXIX, XXXII,

XXIX, XLII, XLIII, XLIV, L, LI, LII), la radiothérapie a été le seul traitement appliqué.

Parmi ces 13 cas, 5 malades n'ont pu être retrouvés.

1 seul est décédé des suites de son affection, qui a récidivé un an après le traitement radiothérapique.

Les 7 autres malades ont été cliniquement guéris, 4 le sont encore actuellement, dont 2 depuis cinq et sept ans, 2 sont morts d'affection intercurrentes trois ans après leur traitement, la guérison clinique de leur épithélioma du pavillon persistant à ce moment-là; 1 a été perdu de vue un an après son traitement, sans avoir présenté aucune récidive.

Ce qui nous donne, sur 21 cas :

Récidives, 9;
Malades perdus de vue, 5;
Guérisons cliniques, 7 (variant de un à sept ans),

soit un tiers de guérisons cliniques : 33,3 p. 100.

En ce qui concerne la curiethérapie, dans un seul cas, elle a été le traitement initial, et du reste unique (obs. VIII), et s'est accompagnée de récidive trois mois après, avec extension locale et adénopathie cervicale actuelle.

Pour la chirurgie, nous distinguerons :

1° Traitement uniquement chirurgical :

*a*) large;
*b*) limité;

2° Association chirurgie + physiothérapie.

Le traitement chirurgical large a été utilisé 4 fois (obs. LIII, LIV, XLVII, LVIII), avec 4 succès opératoires immédiats. En ce qui concerne les résultats lointains, il convient de préciser certains points :

Dans un seul cas (obs. LIV), l'opération a été pratiquée dans ses conditions types : lésion localisée au pavillon et n'ayant pas subi de traitement autre. La guérison clinique persiste encore actuellement.

Dans l'observation LIII, le traitement chirurgical large, c'est-à-dire celui mis en œuvre pour l'observation citée plus haut (obs. LIV), ablation du pavillon de l'oreille, de la parotide + curage ganglionnaire cervical + ablation de la portion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, a bien été le traitement initial, mais la lésion n'était plus localisée au pavillon; elle gagnait le conduit auditif externe envahi. Actuellement, le malade présente *in situ* un petit bourgeon suspect. La biopsie de ce bourgeon n'a pu être pratiquée par suite de l'absence du malade.

Dans l'observation LVIII, où cette intervention large fut également pratiquée, mais où elle ne fut que secondaire de un an à une ablation du pavillon le malade est cliniquement guéri depuis quatre ans et demi.

Dans l'observation XLVII, cette intervention n'a été utilisée que secondairement à une ablation du pavillon et a été suivie de radiothérapie, l'état actuel étant très mauvais, avec large récidive *in situ*.

Malgré cela, si l'on compte en bloc le cas type et les 3 autres cas beaucoup plus défavorables, si l'on compte même comme négatif le cas de l'observation LIII, qui n'est que suspect, on trouve tout de même 50 p. 100 de guérisons cliniques, dont une de plus de quatre ans.

En ce qui concerne le traitement chirurgical limité (exérèse simple de la tumeur ou ablation du pavillon), elle a été le traitement unique dans 7 cas :

3 malades ayant été perdus de vue (dont 1 en état de guérison clinique datant de six mois);
1 étant décédé;
3 étant en état de guérison clinique actuelle datant de un an et demi, trois ans et six ans.

Dans 10 cas, le traitement chirurgical limité n'a pas suffi; il s'est accompagné de récidives *in situ* ou ganglionnaires de un à sept mois, ces récidives ayant nécessité des traitements divers, 3 fois chirurgicaux : observation XXXVIII,

ablation de la parotide et évidement pétro-mastoïdien (décès); observaton V, curage ganglionnaire (le malade était bien portant un an après, puis a été perdu de vue); curage ganglionnaire également dans l'observation LVII, associé à la radiothérapie : mort. Le traitement secondaire a été physiothérapique dans les autres cas.

Si l'on dresse le tableau des résultats de l'intervention chirurgicale limitée (exérèse de la tumeur ou ablation du pavillon), on a :

Malades perdus de vue, 3;
Décès ou récidives, 11;
Guérisons cliniques, 3, de un an et demi, trois ans, six ans,

soit 17,6 p. 100 de guérisons.

Pour l'association physiothérapie + chirurgie limitée, il faut distinguer :

1° Physiothérapie, radiothérapie ou curiethérapie suivant immédiatement l'exérèse de la tumeur ou l'ablation du pavillon :

4 cas : 1 récidive, 3 décès.

2° Physiothérapie sur des récidives (8 cas) :

Perdus de vue, 2;
Décès des suites de l'affection, 4;
Décès par affection intercurrente, le malade étant en état de guérison clinique de sa lésion du pavillon, 1 cas (la guérison clinique ne datait que de six mois);
Guérison clinique, 1 cas datant de cinq ans.

3° Dans 4 cas, enfin, l'intervention chirurgicale limitée a été utilisée consécutivement à un traitement physiothérapique et sur des récidives.

Sur ces 4 cas :

1 malade a été perdu de vue;
3 sont décédés des suites de leur affection.

Si nous envisageons maintenant la statistique globale des résultats obtenus chez les 59 malades de nos observations, nous trouvons :

Malades décédés vraisemblablement des suites de leur affection, 18;
Malades perdus de vue, 16;
Malades en état de récidive actuelle ou simplement suspects, 4;
Guérisons cliniques, 18.
Décès par affection intercurrente, 3.

Parmi ces guérisons cliniques, nous notons :

1 guérison datant de huit ans;
3 de sept ans;
3 de cinq ans;
4 de six ans;
2 de plus de quatre ans.

Les autres s'échelonnent au-dessous de quatre ans.

## CONCLUSIONS

L'épithélioma du pavillon de l'oreille est un épithélioma qui frappe de préférence les hommes, avec maximum de fréquence entre 70 et 80 ans, et surtout les professions paysannes.

C'est un cancer moins rare qu'on ne le dit, débutant de préférence par les régions pré ou rétroauriculaire, la localisation classique sur l'hélix ne venant qu'en troisième lieu dans notre statistique.

Sa forme histologique s'est montrée spino-cellulaire trois fois plus fréquemment que baso-cellulaire.

C'est un mauvais cancer, tant à cause de la fréquence des récidives *in situ* que de la précocité de l'envahissement des territoires lymphatiques qui desservent le pavillon de l'oreille.

Les résultats obtenus dans son traitement sont loin d'être favorables :

Sur 59 cas, nous n'avons en effet que 18 guérisons cliniques, dont 13 seulement datant de plus de 4 ans. La chirurgie limitée ne nous a donné que 17,6 p. 100 de guérisons. Cette chirurgie limitée, associée à la radiothérapie, paraît particulièrement décevante. La chirurgie large, intervention logique, comprenant l'ablation en bloc du pavillon de l'oreille et de la parotide, associée au curage ganglionnaire cervical, avec ablation de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, semble donner des résultats bien supérieurs (50 p. 100 de guérisons dans notre statistique). Cependant, les cas où cette chirurgie large a été mise en œuvre sont trop peu nombreux et trop récents (une des guérisons ne datant que d'un an) pour porter un jugement définitif sur cette intervention, qui semble être pourtant un procédé d'ave-

nir, donnant des résultats bien supérieurs à ceux des interventions limitées.

La radiothérapie nous a donné 33,3 p. 100 de guérisons dans les cas où elle fut utilisée d'emblée (les guérisons variant de 1 à 7 ans).

La diathermo-coagulation semble conserver sa place dans le traitement de début des épithéliomas très localisés, puisque, dans ces formes-là, elle nous a permis d'obtenir plus de 70 p. 100 de guérisons, dont certaines datent de 6, 7 et 8 ans.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
*Le Président*,
RECHOU.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 janvier 1936.
*Le Recteur de l'Académie*,
A. TERRACHER.

## BIBLIOGRAPHIE


Abernethy. — Case of primary double ear epithelioma. *British Journal of Surgery*, 1929.

Alexander (Frantz). — Etude histologique des cancers de l'oreille externe. *Arch. of otol.*, vol. XXXI, n° 5, oct. 1922.

Albanus. — Indication de l'ablation totale de la mastoïde dans le cancer cutané de l'oreille. Soc. des chir. de l'Allemagne du Nord, Hambourg, 1923.

Arnauld. — Les lymphatiques de l'oreille externe. *Ann. d'anat. pathol.*, déc. 1926, p. 993.

Ardouin (P.). — Atypical epithelioma of lobe. Case. *Ann. d'anat. pathol.*, 11, 844-847, nov. 1934.

Barrio de Médina. — Le cancer de l'oreille. *El Siglo médico*, 1930.

Barnes. — Carcinoma of the ear. *Proceed. Roy. Soc. Med.*, Londres, 1930, 23, n° 8, p. 1231-1234.

Battista. — Contribution à la connaissance de l'épithélioma basocellulaire de l'oreille. *Rinascenza medica*, 1929.

Beau (H.). — La radiorésistance acquise à la suite des traitements répétés, cause d'échec dans la radiothérapie des épithéliomas cutanés. *Paris médical*, avril 1927, n° 16, p. 383-387.

Bégouin. — Epithélioma de l'oreille. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, mars 1922 et nov. 1922.

Belot. — A propos des indications de la radiothérapie dans les épithéliomas cutanés. *Ann. dermat.*, 1906, p. 359.

— A propos du traitement des épithéliomas cutanés par la radiothérapie. Persistance des résultats. *Bull. Soc. méd.*, avril 1924, p. 101.

Belot, Lepennetier et Nahan. — Traitement des épithéliomas cutanés spino-cellulaires par la radiothérapie. Ass. franç. pour l'étude du cancer, Congrès de Strasbourg, 1925.

Bordier. — Traitement de l'épithélioma cutané par l'étincelle à haute fréquence. *Arch. d'électr. méd.*, 5 oct. 1904.

— Epithélioma de l'oreille traité par le radium sans succès, et guéri par diathermo-coagulation. *Rev. méd. franç.*, déc. 1927, p. 733.

Bouisson. — *Montpellier médical*, juill. 1869.

Brocq, Bisserié et Belot. — Cancers de la face guéris par la radiothérapie. Soc. franç. de dermat. et syphil., 5 mai 1904.

Broders (A.). — Epithelioma of the ear. A study of 63 cases. Section of surgical pathology. Rochester, Minnesota.

Brothers. — Epithelioma of the ear. *Surg. Clin. Nord America*, 1921.

Bruzzone. — Considérations sur 59 tumeurs malignes de l'oreille. *Minerva Medica*, juin 1929.

— Deux cas de tumeur maligne de la région mastoïdienne. XII[e] Congrès de la Soc. ital. de laryng., 1908, in *Annales*, 1909, p. 457.

— Epithélioma basal primitif au début. Soc. ital. d'otol., 1911. *Ibid.*, 1912, p. 76.

Buizard. — Grosse tumeur épithéliomateuse du lobule de l'oreille. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 20 nov. 1925.

Butler. — A report on radiotherapy, Louisville, Month. *Journ. Med. and Surg.*, 1902, IX, 268-269.

Caboche. — *Oto-rhino-laryngologie internat.*, sept. 1922.

Carco (P.). — Un caso de epithelioma della conca e dell' antelice operato col metodo della reduzione plastica alla Citelli (observatore medica). *Catane*, 1928, 2, p. 13-15.

Castex. — Traité des maladies du larynx, du nez et des oreilles, 1899.

Cannuyt. — Un cas d'épithélioma de l'oreille. Soc. neuro-oculistique de Strasbourg, 1924.

Castilliani. — Epithélioma du lobule. XV[e] Congrès de la Soc. ital. de laryng., 1912.

Chabannes. — Traitement du cancer par la quinine et les rayons X. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 13 déc. 1904.

Chamberlain. — Cure du cancroïde par les rayons X. *Journ. of Electrotherapeutic of New-York*, mai 1901.

Chazanac. — *Rev. de laryng.*, 1892.

Citelli. — Néoplasme de l'oreille externe. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, févr. 1909, n° 2, p. 173.

Cleaves. — A symposium on the treatment of cancer by Rœntgen rays light and Electricity. *Journ. Physic Therap.* Londres, 1902, III, p. 51-52.

Clendinnen. — Rodent ulcer treated with X rays and ultra violet rays. *Intercolon. med. Journal.*

Cocheril. — Restauration du pavillon de l'oreille. Thèse Lille, 1895, n° 90.

Coley. — Treatment of cancer (Twentieth century). *Pratice of medicine*, XXI, *Supplément*, p. 542-545.

— Etat actuel de la radiothérapie des tumeurs malignes. *Med. Record. New-York*, 21 mars 1903, LXIII, p. 441-451.

Coriat. — Traitement par les rayons X du cancer cutané. Thèse Paris, 1904.

Corte-Real. — Le cancer cutané de l'oreille et des régions voisines. Etude basée sur des cas cliniques de l'Institut du radium de Paris, 1919-1930. *Arq. de pat.*, 4, 201-284, déc. 1932.

Cortial (Félix). — Thèse Lyon, 1935.

Costa (Jaime R.). — Tratamiento del epithelioma con los Rayos X. *Revista de la Sociedad médica argentina*, 1903.

— Etat actuel de la radiothérapie. *Arch. d'électr. méd.*, 10 déc. 1904.

Coste (J.). — Traitement par les rayons X moyennement pénétrants, sans filtre, et séance unique des cancers cutanés et cutanéo-muqueux. *C. R. Soc. de méd. de Lyon*, séance du 9 mars 1923.

— Epithélioma de l'oreille. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, Paris, 1931, 4, p. 504-506.

Davis. — Un cas d'épithélioma du pavillon. Soc. royale de Londres, 1913.

Darier (J.). — Des épithéliomas et de leur traitement. V[e] Congrès internat. de dermat., Berlin, 16 sept. 1904, in *Ann. dermat. et syphil.*, oct. 1904, p. 924; Soc. de dermat. et syphil., 1[er] déc. 1904 (discussions), *Presse médicale*, 3 déc. 1904.

Debierne et Regaud. — Sur l'emploi de l'émanation du radium condensée en tube clos. *C. R. des séances de l'Acad. des sciences*, séance 4 oct. 1915.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique, art. Oreille. Greffe.

Delherm et Laquerrière. — La radiothérapie appliquée au cancer. *Arch. gén. de méd.*, 16 févr. 1904, p. 400.

Demarquay. — *Gaz. des hôp.*, 1869.

Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie.*

Esguerra. — Généralités sur l'emploi des substances plastiques en curiethérapie de surface. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1922, 6, p. 331-341.

Failla (G.). — A new method of intratumoral irradiation. *Brit. Journ. Radiol.*, 1925, 30, p. 420-421.

Fatôme. — Traitement des cancers superficiels par les rayons X. Thèse Bordeaux, 1903.

Frantz. — Histologie du cancer de l'oreille. *Arch. of otologie*, 1922.

Gaugner. — Cancer du pavillon traité par la haute fréquence. *Ber. ohr. Verein*, 17 juin 1910.

Giese. — Les résultats du traitement chirurgical et diathermochirurgical du cancer du pavillon de l'oreille. *Folia otolaryngologica*, 1931, 19, p. 414-423.

Goris. — Opération radicale du cancer de l'oreille externe. In *Ann.*, 1910, p. 59.

Green. — Epithéliome du pavillon. *Arch. of otology*, vol. XXII.

Guermonprez. — *Rev. de laryng.*, 1892, vol. XII (2 obs.).

Hamon de Fouqueray. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1890 (2 obs.).

Harret et Desfosses. — Le bilan de la radiothérapie dans le cancer. *Presse médicale*, 13 août 1904.

Harris. — Le radium dans les maladies de l'oreille. *Rev. de laryng., d'otol. et rhino*, 1919, 2, p. 41.

Hunden Fod. — Epithélioma du pavillon et du conduit. Soc. Royal of med., 17 oct. 1912.

Heynix. — Exérèse d'un épithélioma baso-cellulaire de l'oreille externe et moyenne. Soc. d'oto-rhino-laryng. de Bruxelles, in *Arch. Int.*, 1926, p. 183.

Jauquet. — Epithélioma baso-cellulaire du pavillon de l'oreille. *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1925, 44, n° 2, p. 198.

Kennedy (W. H.). — Radium treatment of epithelioma of the car. *Radiology*, Saint-Paul, 1926, 7, n° 3, p. 249-252.

Krépusca. — *Rev. de laryng.*, 1898, p. 119.

Kuhn (Strasbourg). — In *Arch. f. ohr.*, vol. XXXIX, fasc. 2 et 3, 1896.

Kœning. — Un cas d'épithélioma du conduit auditif externe et de la conque guéri sans cicatrice en 10 séances de diathermo-coagulation. *L'oto-rhino-laryngol. intern.*, Saint-Etienne, 1928, 12, n° 8, p. 340-343.

Laborde. — La curiethérapie des cancers de la peau. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, Paris, 1925, 9, p. 385-397.

— A propos de la radiorésistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. *Bull. mém. Soc. radiol. méd. de France*, Paris, 1927, 140, p. 194-203.

Laborde (Mme). — In *Traité de médecine et de thérapeutique appliquée*, art. Radiothérapie. Radiumthérapie.

Laborderie. — Sur le traitement des épithéliomas cutanés. *Arch. électr. méd. et physioth. du cancer*, Bordeaux, 1930, n° 555, p. 145-163.

Laborde (S.) et Vial (E.). — Epithéliomas de l'oreille externe. *Rev. d'actinol.*, 10, 447-453, sept.-oct. 1934.

Lacassagne. — Rôle de l'histologie dans l'appréciation de la radiosensibilité des cancers épithéliaux cutanés et cutanéo-muqueux. *Paris médical*, 1923, 47, 376-379.

— Idées actuelles sur la curiethérapie des cancers. *Le monde médical*, Paris, 1932, n° 811, p. 678-695.

Lachapèle. — Epithélioma épidermoïde du sillon rétroauriculaire droit, exérèse du pavillon de l'oreille suivie de rœntgenthérapie en 1923-1924. Stérilisation du néoplasme persistant trois ans après, mais ostéo-radionécrose du temporal. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926.

Lafargue. — Tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. Thèse Paris, 1879.

Lannelongue. — Observations *in* thèse Lafargue. Paris, 1879.

Lannois et Sargnon. — *Arch. d'oto-rhino-laryng.*, 1920, p. 32.

Lannois, Sargnon et Monet. — La radiumthérapie des tumeurs en oto-rhino-laryngologie. *Lyon médical*, 1920, 19, n° 129, p. 807-813.

Laignel-Lavastine. — La radiothérapie dans les cancers. *Presse médicale*, 6 janv. 1904.

Lemoine. — Cancroïde du pavillon. *Ann. d'oto-rhino-laryng.*, févr. 1933.

Lehman. — Ablation du pavillon pour épithélioma. Soc. berl. d'otol., 1912, in *Ann.*, 1913, p. 570.

Leredde. — Traitement des épithéliomas de la peau par les rayons X. *Rev. de thérap. méd. chir.*, 15 mars 1904.

— Traitement du cancer de la peau par les rayons X. Acad. de méd., 29 mars 1904, *Presse thérap.*, 25 avril 1904, p. 370.

— Traitements non chirurgicaux des épithéliomas cutanés. V[e] Congrès internat. de dermat., Berlin, sept. 1904, Anal. in *Ann. de dermat. et syphil.*, oct. 1904.

Leroux. — Tumeur du lobule et du pavillon. Soc. de laryng. de Paris, 1928.

Lermoyez et Boutay. — Thérapeutique des maladies de l'oreille.

Lithgow. — Epithélioma envahissant du pavillon avec tumeur de la région rétroauriculaire. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, Paris, 1925, 44, n° 2, p. 198.

Lottiger. — Epithélioma du pavillon guéri par le radium. *Arch.*, 1925, p. 331.

— Epithélioma du pavillon avec tumeur rétroauriculaire. Soc. écoss. d'oto-rhino-laryng., in *Ann.*, 1926, p. 644.

Lucal. — Guérison complète d'un cas de cancer primaire de l'oreille. *Arch. f. ohr.*, t. 74.

Mack (G.). — Rœntgen ray and radium in the treatment of basal cell epithelioma. A. statistical study. *The Am. Journ. of Roœntg.*, 1919, 3, n° 6, p. 119-135.

Mac Lead. — Quatre néoplasmes de l'oreille externe. *The Lancet*, oct. 1924.

Mac Leod. Jearsley. — Epithélioma du pavillon. Soc. royale de méd., 1906, in *Ann.*, 1907, p. 301.

Maillard. — Epithéliomas de la face. Thèse Paris, 1901.

Mallet (L.). — Curiethérapie. Paris, 1930.

Masson. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. Thèse Paris, 1904.

Mauclaire. — Epithélioma du lobule. Soc. anatomique, 30 déc. 1904.

Michael. — Combined chemical and X ray treatment of cancer. *Amer. X ray. Journ.*, Saint-Louis, 1903, XII, p. 144.

Miescher (G.). — Die Radiumbehandlung der Hautkarzinome. *Schweizeris, Mediz., Wochenschr.*, 1921, 37.

— Die Röntgentherapie der Hautkarzinome. *Schweizeris, Mediz., Wochenschr.*, 1922, 38.

Miot et Barateux. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille, 1884.

Milligan. — Tumeur maligne de la peau de l'apophyse mastoïde. Soc. royale d'otol., 5 févr. 1906, in *Ann.*, 1907.

Morestin. — Epithéliomas de la face. *In* Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

— Epithélioma de l'oreille. Soc. anatomique, Paris, 1903 et 1904.

Muir. — Treatment of malignancy by the removable platinum radon seed Report of the international Conference of cancer. Londres, 1928, p. 175-180.

Nager. — *Zeitschrift f. ohrenh.*, L. III, f. 2, 1907, p. 150.

Nancel-Pénard. — Epithélioma de la face. Thèse Paris, 1905.

Noiré. — Technique du traitement radiothérapique de l'épithélioma cutané. *Presse médicale*, 12 oct. 1904.

Nogier (Th.) et Regaud (Cl.). — Décroissance de la radiosensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées de rayons X. Auto-immunisation. *C. R. des séances de l'Acad. des sciences*, 8 juin 1924.

Patterson. — Epithelioma of auricle and cervical glands. *The Lancet*, avril 1913.

Perthes. — La radiothérapie du cancer. XXX[e] Congrès de la Soc. allemande de chir., Berlin, 6-9 avril 1904, Anal. in *Semaine médicale*, 13 avril 1904.

Politzer. — Traité des maladies des oreilles, 1884.

Rabattu et Parthiot. — Epithélioma du conduit auditif. *Presse médicale*, 6 avril 1929; *Lyon médical*, 20 mars 1929.

Regaud. — *Paris médical*, 1922, 1920; *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1924, 91, p. 604-607; Congrès du cancer de Strasbourg, juill. 1923; *Journ. de radiol., d'électrol.*, Paris, 1923, 7, p. 297-322; *C. R. Soc. de biol.*, Paris, 1922, 86, p. 1085-1088.

Retrouvey. — Les tumeurs malignes de l'oreille. *Rev. de laryng.*, 1928, p. 147.

Ruttin. — Néoplasme du pavillon et du conduit auditif externe. *Weiner. Klin. Woch.*, 1910.

Sabouraud. — Technique radio. Soc. de derm. et de syphil., 1[er] déc. 1904.

Sekaulich. — Statistique des tumeurs malignes à la clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux. *Rev. de laryng.*, 31 mai 1925.

Simpson. — *Radiumtherapy*. Saint-Louis, 1922.

Stevens. — Electro-chirurgie, curie et rœntgenthérapie des affections malignes de l'oreille, du nez et de la gorge. *Arch. of Phys. Th. X rays Rad.*, Chicago, 1929, 10, p. 1.

Sobel. — *Le cancer de l'oreille*. Thèse Paris, 1933.

Sugar. — *Arch. f. ohr.*, Band. XLVI, 2, 1899; Transaction of the american otology Society, 1921, vol. XV, par. III, p. 402-406.

Treillet. — Epithélioma du pavillon de l'oreille. Thèse Paris, 1882.

Tourneaux. — Au sujet des épithéliomas de l'oreille. Soc. de méd. et de chir. de Toulouse, mars 1926.

Urbantchich. — Carcinome de l'ap. mastoïde. Soc. ant. d'otol., oct. 1911, in *Ann.*, 1912, p. 551.

Vandier. — Contribution à l'étude du cancer de l'oreille (pavillon et conduit). Thèse Lyon, 1922.

Vaquier. — *Arch. internat. de laryng.*, nov. 1903.

Velpeau. — *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 27.

Vigi (F.). — Carcinoma a celluli basali dell orecchio externo. *Oto-rhino-laryng. Ital.*, févr. 1931, 330-338.

Vulpian. — *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 106.

Wassink (W. F.). — Etiology of cancer of ear from new point of etiology of cancer in general. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, 16 févr. 1929, I, 874-879.

Weissberger. — Carcinom. am. ohr. Thèse Munich, 1908, Anal. in *Arch. f. ohrenh.*, t. LXXX, p. 162.

Wilson. — Rapporté dans *Rev. de laryng.*, janv. 1903.

Weitterer. — Zur Therapie des Hautkrebses. *Acta Radiol.*, Stockholm, 1927, I, p. 46-50.

Zéroni. — *Arch. f. ohrenh.*, t. 48, 3 et 4, 1900.

19.428. — Bordeaux, Imprim. Delmas, Chapon, Gounouilhou, 6, place St-Christoly. — 1936.